

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
(BROUSSAIS - HOTEL-DIEU)

Année 1974

N°

THÈSE

POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Diplôme d'État
PAR

Dominique SIMONNET (née ROUYEYRE)
Née le 20 octobre 1944 à Lyon

Présentée et soutenue publiquement le 1971

Recherche sur les symptômes liés à une hospitalisation
prolongée chez quelques malades mentaux chroniques
(A propos d'une expérience de groupe)

Président : Monsieur le Professeur HOUSSET

THÈSE

POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Diplôme d'État
PAR

Dominique SIMONNET (née ROUVEYRE)

Née le 20 octobre 1944 à Lyon

Présentée et soutenue publiquement le

**Recherche sur les symptômes liés à une hospitalisation
prolongée chez quelques malades mentaux chroniques**
(A propos d'une expérience de groupe)

Président : Monsieur le Professeur HOUSSET

Année 1930

1930

LE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLOME
PAR

Dominique SIMONNET (née ROUYRE)
Née le 20 octobre 1904 à Lyon

Présentée et soutenue publiquement le



Recherche sur les symptômes liés à une hospitalisation
prolongée chez quelques malades mentaux chroniques
(À propos d'une expérience de groupe)

Président : Monsieur le Docteur HOUTIER

A Monsieur le Professeur HOUSSET

qui m'a fait l'honneur de présider cette thèse, avec mon
profond respect.

A Monsieur le Professeur FLAVIGNY

en témoignage de ma profonde reconnaissance
pour l'accueil qu'il m'a réservé
et pour son inlassable dévouement aux étudiants en psychiatrie.

Au Docteur LANTER

Sa réflexion constante sur la psychothérapie des psychoses et sur l'institution m'a conviée à entreprendre cette recherche sur les limites de notre action quotidienne et a permis d'en dégager les bases théoriques.

Qu'il en soit remercié pour son accueil chaleureux et bienveillant.

Au Docteur BONNAFE

Dont l'enseignement m'a introduit aux dimensions de la psychiatrie critique et la nécessité d'une recherche sans cesse renouvelée.

Au Docteur BLOTNIKAS

Qui m'a guidée dans ma première approche du malade mental.

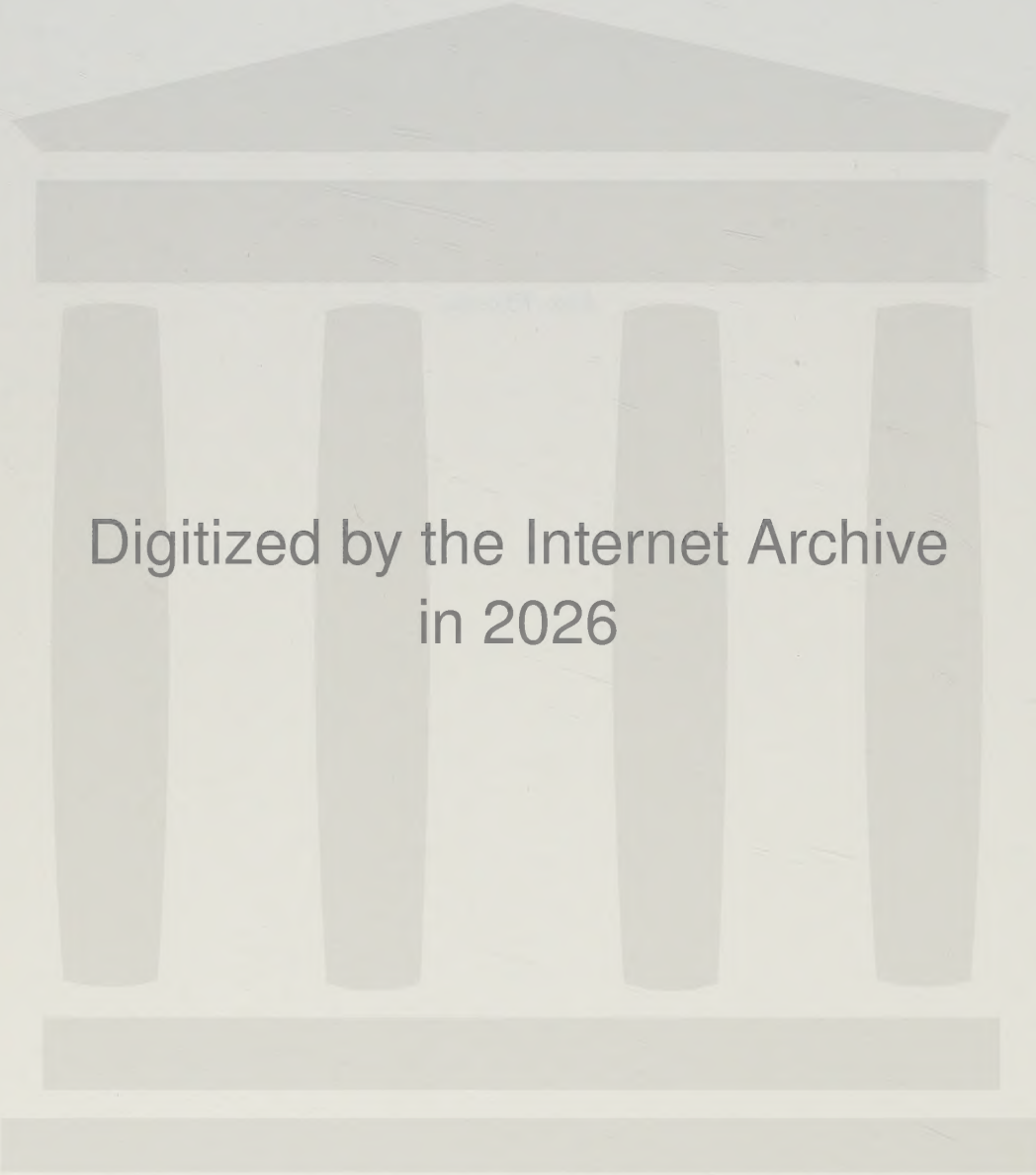
Au Docteur BLANADET

Avec toute mon amitié.

A toute l'Equipe d'Infirmiers

Avec qui le travail a été une collaboration quotidienne.

Aux Miens.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550410_0004

RECHERCHE SUR LES SYMPTOMES LIES A UNE HOSPITALISATION

PROLONGEE CHEZ QUELQUES MALADES MENTAUX CHRONIQUES

(A PROPOS D'UNE EXPERIENCE DE GROUPE)

I N T R O D U C T I O N
01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

Travaillant depuis six mois dans le même Service, nous avons pu apprendre à bien connaître l'ensemble des malades qui étaient sous notre responsabilité. Certains pourtant restaient d'un accès quasi impossible. Ils étaient pourvus d'un traitement, bien connus des infirmiers, mais ils étaient situés dans la structure hospitalière de telle façon qu'ils pouvaient échapper à tout contact avec le médecin.

Certes, la prise en charge institutionnelle n'était pas négligée dans notre pavillon, où existent des réunions régulières, un club de malades, plusieurs ateliers thérapeutiques; mais ces malades s'étaient pratiquement exclus de tout mouvement, toujours occupés ou absents au moment où ils pouvaient être convoqués. Ils s'étaient placés dans une situation de sédiments asilaires dont il n'était parlé qu'à l'occasion d'un incident, dispute ou maladie organique. Malades pourtant jeunes, ils étaient l'objet de commentaires découragés et fatalistes lorsque, les préoccupations concernant les "aigus", les "entrants", les "sortants" devenant moins pressantes, nous reprenions l'ensemble du " tiroir " où sont réunis tous les dossiers.

Ayant pris conscience de ce problème, nous nous sommes efforcés de voir régulièrement ces malades. Mais lorsqu'ils arrivaient, étonnés qu'on soit venu les chercher au milieu de leurs occupations habituelles, la situation qui leur était offerte était trop insolite pour ne pas être angoissante. Dans ce bureau médical où ils n'étaient allés le plus souvent que pour entendre le verdict destiné à une situation conflictuelle à résoudre, la conversation tournait vite court, bloquée sur les quelques stéréotypies qui caractérisaient leur personnage habituel.

Ces tentatives furent reprises plusieurs fois sans que le moindre changement puisse être perçu; il fallait inventer une solution originale, ou du

2

moins nouvelle, par rapport aux habitudes du pavillon. L'idée nous en fût fournie par la discussion avec l'équipe soignante : depuis quelques semaines, les réunions pavillonnaires s'embourbaient dans quelques thèmes stéréotypés : nourriture, entretien d'un pavillon toujours sale en raison de la vétusté des lieux, surencombrement. L'absentéisme se faisait progressivement sentir, n'assistait plus à la réunion qu'un petit noyau de malades qui avaient "pris le pouvoir", et ne laissaient guère de place à une expression vraiment communautaire. Une certaine lassitude se faisait sentir, que venait encore renforcer la comparaison avec le dynamisme d'un groupe d'alcooliques, animé par un infirmier et une psychologue.

Pourquoi ne pas proposer de faire une réunion régulière de ce petit noyau asilaire ? Peut-être pourrions-nous établir un dialogue à ce niveau. Et de même que l'ouverture de l'hôpital de jour du secteur avait apporté de nouvelles solutions pour des malades dont les chances de sortie et de réadaptation sociale étaient jusqu'alors problématiques, de même pourrions-nous envisager sous un angle nouveau la situation et les difficultés de ces malades, dans un échange commun, qui conduirait peut-être à envisager la sortie de l'un ou de l'autre, dans la mesure où il se sentirait à nouveau soutenu pour aborder les difficultés de la vie à l'extérieur.

Envisager ainsi la sortie de quelques malades que l'on n'avait pas vu évoluer depuis des mois, prenait, en tenant compte du surencombrement du pavillon, une valeur qui n'avait pas un rapport très objectif avec la réalité, mais la proposition de cette réunion répondait essentiellement à un besoin de recherche et de renouvellement collectif, du moins en ce qui concernait l'équipe du matin, et ceux avec qui nous travaillions le plus directement.

Il semble d'ailleurs que cette demande s'inscrivait dans le travail poursuivi depuis plusieurs années, et qui tentait, malgré des conditions hospitalières extrêmement rudes, de remettre en cause les structures asilaires. Les réunions de pavillons, qui n'avaient pas alors un grand dynamisme, avaient été extrêmement vivantes dans les années précédentes. Elles avaient accompagné et

permis une libéralisation qui avait changé la structure asilaire profonde des méthodes de travail. Mais elles s'adressaient surtout à des malades aigus, et les chroniques en étaient exclus. Dans cette demande d'une réunion de chroniques, était incluse celle d'un approfondissement de la prise en charge par les infirmiers.

Se posait alors le problème du choix des participants à la réunion et de la méthode à employer. Nous étant assurés le concours régulier, d'un infirmier, nous proposâmes à six malades une réunion hebdomadaire. Ils faisaient partie d'un groupe qui était sous notre responsabilité directe, soit qu'il relève du secteur desservi par la pavillon, soit que, hors secteur, ils aient été placés dans celui-ci par les hasards de la répartition. Tous étaient des psychotiques, mais pas uniquement des schizophrènes, ou du moins étiquetés comme tels; un seul portait la réputation d'alcoolique, et nous verrons qu'il fut rapidement éliminé du groupe. Ces malades étaient hospitalisés depuis plusieurs années soit de façon continue, soit par épisodes, mais en tout cas titulaires de ce qu'il est convenu d'appeler "un long passé psychiatrique". Enfin, ils étaient du groupe des chroniques, placés incomplètement en dehors du rapport au médecin quelqu'il soit.

Quant à la méthode à adopter, nous prîmes conseil avant d'en déterminer. Un groupe d'expression libre, visant à mettre en évidence conflits et oppositions, rôles et modifications de rôles, nous parut irréalisable étant donné notre expérience de ces malades, et les difficultés que nous avions rencontrées dans les entretiens en tête-à-tête. Une discussion plus rassurante autour d'un thème proposé par l'interne ou l'infirmier qui suscitaient l'expression de chacun, la dirigeaient et la maintenaient dans un cadre précis, nous parut la condition indispensable de l'existence même de cette réunion à ses débuts. Il nous fallait en quelque sorte ménager une situation plus rassurante que celle du malade face au médecin qui l'a appelé dans son bureau. Mais il fallait tout autant combattre l'angoisse née de la situation de groupe chez ces malades dont l'isolement était une des caractéristiques essentielles, en nous plaçant d'emblée au centre, comme raison même de la réunion, comme norma-

lisateurs de l'expression et modérateurs des conflits éventuels.

La difficulté de ce travail nous apparaissait clairement : conscients malgré toutes nos précautions, des possibilités d'échec ou de l'éclosion, de conflits difficiles à maîtriser, nous prîmes des notes à l'issue de chacune des réunions, afin de pouvoir faire régulièrement le point du chemin parcouru, des difficultés dépassées, ou à dépasser, avec l'aide du médecin assistant de pavillon.

Au terme d'une année de travail, l'accumulation de ces compte-rendus et la multitude de remarques, de thèmes qu'ils contenaient, l'éclairage original qu'ils apportaient sur notre travail et sur la vie pavillonnaire, nous donna l'idée d'entreprendre une analyse et une réflexion plus précises, qui rendraient mieux compte de notre expérience clinique.

Tel était donc notre but : élargir les limites au-delà desquelles l'hospitalisation n'était plus que simple surveillance. Un certain a priori guidait notre tentative : l'ouverture du dialogue suffisait à modifier la situation.

L'expérience nous donna en partie raison. Mais cet a priori nous permit avant tout de découvrir au long des discussions, un certain nombre de faits dont l'observation clinique habituelle ne rendait compte que par un mot : chronique. C'est à ce point que s'est attaché notre réflexion.

Mais avant d'en aborder une analyse plus détaillée, il est nécessaire de présenter le cadre général de cette réunion. Pour ce faire, nous décrirons les modifications des rapports à l'intérieur du groupe en fonction des différents lieux où se déroulèrent les réunions. Nous évoquerons ensuite les problèmes posés à l'équipe infirmière par la participation à ce dialogue. Nous pourrions ainsi ne pas perdre de vue un contexte dont la réflexion est nécessairement tributaire, et qui rend compte de l'aspect partiel de celle-ci.

Il s'avérera difficile de trouver un lieu de réunions calmes dans le pavillon surencombré. Certes, il y avait le réfectoire, mais c'est là précisément que se déroulaient toutes les réunions habituelles dont nos participants avaient été exclus, et qu'ils considéraient avec méfiance. Il fallait marquer, tant par rapport aux malades qu'aux infirmiers le caractère différent de ce que nous voulions faire. Ceci nous était suggéré par le fait que le groupe d'alcooliques se déroulait en dehors du pavillon, mais là encore, nos discussions nous amenèrent à penser qu'il valait mieux rester à l'intérieur de celui-ci. L'histoire et l'évolution du groupe nous montrèrent à quel point ce choix était d'une entreprise capitale : en tout cas, d'emblée, il paraissait nécessaire de ne pas s'éloigner du cadre immédiat de vie et de travail des différents participants. Ainsi, chaque semaine, nous nous retrouvions pour une demi-heure environ.

La première réunion eut lieu au fond d'un dortoir, lieu familial par excellence aux malades, presque domaine réservé où le médecin avait rarement l'occasion de pénétrer, sinon en cas d'urgence, mais où notre présence déjà assez ancienne dans le Service nous permit de nous installer sans grande difficulté, d'autant plus que nous étions accompagnés d'un infirmier. Mais ce lieu, s'il facilitait en quelque sorte le démarrage, l'individualisation du groupe qui n'avait pas à affronter un ailleurs insécurisant, nous parût vite mal adapté : le va et vient continu des autres malades, les interventions souvent brutales et bruyantes de deux malades aigus qui, voulant participer à tout prix à la réunion, interrompaient sans cesse des échanges extrêmement difficiles à soutenir, rendaient la communication presque impossible.

Il fallait donc changer de lieu : il ne restait que la lingerie, petite pièce isolée et sombre, mais dont on pouvait fermer la porte. La réunion pût dès lors se former dans le calme, en dehors de l'agitation, de la modification constante d'assistance qui caractérisait les autres assemblées pavillonnaires. L'attitude des malades en fût changée, et grâce à cette ambiance, qui avaient un caractère très familial, protecteur même, les échanges se trouvèrent

facilités. La conversation restait certes extrêmement difficile, mais en dépit de silences chargés d'une angoisse à peine supportable, elle devenait plus vivante, portée par le sujet proposé, s'éloignant du langage convenu et pauvre qui servait à exprimer les besoins essentiels.

Avec le printemps, nous décidâmes de nous installer dans la cour. Nous retrouvions alors un lieu public, mais la cohésion du groupe et toute une habitude commune d'expressions y trouva un nouvel enrichissement : d'autres malades venaient participer librement et apportaient de nouveaux thèmes de discussions, facilement acceptés par les participants habituels, amenant un tour de conversation particulièrement vif, très éloigné de l'atmosphère lourde d'angoisse, et de la directivité indispensable des premiers échanges. Nous n'avions à nous préoccuper du thème à proposer, un sujet était vite trouvé, soit par un nouveau venu, différent d'une semaine à l'autre, soit par un membre du groupe. Le mauvais temps nous contraignait parfois à retrouver l'intérieur du pavillon mais le niveau d'expression demeura le même et la porte de la lingerie resta ouverte ; le groupe avait trouvé une cohésion qui lui permettait de se passer désormais de la directivité et des mesures de protection. Si la discussion des conditions dans lesquelles se déroulait la réunion nous permet une première approche de son dynamisme, et souligne son côté le plus positif, l'étude de notre collaboration avec les infirmiers permettra de souligner les difficultés soulevées par ce type de travail.

Un infirmier avait été désigné pour assister régulièrement à la réunion, mais lorsque son jour de repos tombait le mercredi, d'autres membres de l'équipe le relayaient. De toute façon, la discussion qui la suivait intéressait le plus grand nombre. D'où venait donc cet intérêt ? Etait-ce l'espoir de voir sortir l'un ou l'autre de ces malades qui étaient jusque là laissés pour compte ? Bien qu'exprimées en ces termes les motivations n'étaient pas aussi claires, car vouloir faire sortir un malade n'équivalait pas à la constatation de la recherche d'un progrès.

Quoiqu'il en soit, la cohésion de notre équipe fut au point de départ essentielle. Les infirmiers rassemblaient les participants du groupe, qui sans cela ne se seraient jamais présentés. Ils nous aidèrent à supporter l'angoisse intense et les longs silences qui marquèrent le cours des premières réunions. Le langage parlé à ce moment-là était facilement reconnaissable. Il exprimait les relations habituelles entre les infirmiers et les malades. Nous le connaissions déjà de façon fragmentaire, mais il ne nous avait jamais été donné de l'approcher d'aussi près. Le groupe ne connaissait pas un discours qui s'adresse au médecin, nous l'avions déjà constaté quand nous avions rencontré les malades individuellement, ils s'adressaient donc spontanément à leur interlocuteur habituel. Ainsi les infirmiers jouaient un rôle de médiateurs essentiels, mais en même temps, marquaient les limites de l'expression.

L'intérêt ne faiblit pas pendant environ trois mois, soutenu par une série de circonstances heureuses ; reprise des relations d'un des malades avec sa famille, sortie en permission d'un autre qui n'avait pas franchi depuis des mois les portes de l'hôpital, conversion de placement d'office enfin accordée après des années pour l'autre. Progressivement, les échanges devenaient plus faciles, et une réelle cohésion du groupe apparaissait.

Mais par la suite, la participation des infirmiers se fit plus épisodique, les malades n'étaient plus appelés, leur petit nombre devenait prétexte à ne pas faire la réunion. Lassitude ? Sentiment d'échec dû à la rechute de deux membres du groupe ? En tout cas, si nous voulions continuer, force nous était de nous passer des infirmiers.

Les circonstances firent que trois semaines s'écoulèrent sans réunion. Ce n'était pas seulement un hasard. Fallait-il interrompre le dialogue, puisque le soutien actif de l'équipe, qui paraissait la condition de notre action, n'était plus désormais assuré ? Il n'était cependant pas possible d'abandonner sans explications. Les participants du groupe nous le faisait d'ailleurs savoir

par un certain malaise qui s'était établi dans nos relations mutuelles. Nous avons donc repris. C'est alors que s'établit ce mode d'expression nouveau, libéré des contraintes antérieures. Aucun infirmier n'était présent. La question de l'existence même de la réunion était désormais posée : quelle était donc sa signification si elle n'était pas prolongée par la présence des infirmiers dans leur action quotidienne ? Avait-on même le droit d'éveiller quelqu'un pendant le moment privilégié, pour le laisser ensuite seul dans le silence et l'indifférence habituelle ?

Alors que nous posions ces questions, nous avons les échanges les plus riches, ceux qui nous ont révélé le mieux la personnalité et l'histoire de chacun. Et nous avons alors perçu combien nous étions privilégiés. Nous n'étions pas obligés d'obtempérer à la loi tacite de l'institution hospitalière, pour ne pas dire asilaire, faire que tout reste calme, que chacun soit traité à égalité et que le problème de quelques uns n'envahisse pas celui des autres. La possibilité d'expression qui était offerte ici dépassait largement la possibilité d'accueil de l'institution qui était de ce fait menacée dans son existence. Les infirmiers avaient su le reconnaître, sans l'exprimer autrement que par leur départ. Ils sentaient là le danger d'une entreprise qui ne pouvait être menée à bien, sans être soutenue par d'avantage que la simple application d'un interne. Tout s'est passé comme si le langage de la chronicité qui établissait une relation stable entre les infirmiers et les malades, avait été menacé et détruit lorsqu'il avait pu s'adresser à un médecin. C'est en fin d'analyse le problème que rencontre celui qui, investi du pouvoir médical, s'approche des problèmes de la chronicité. Peu importe d'ailleurs ses intentions, savoir théorique, désir de guérir, il est avant tout porteur d'une image : il a pouvoir sur l'entrée et la sortie. A partir de là, l'équilibre est rompu.

Aussi, nous ne pourrions-nous parler de chronicité que par antiphrase : nous n'en connaissons que ce qu'il en est livré, quand elle est remise en question. Il nous faut donc faire une sorte de travail de décryptage à partir de documents souvent disparates.

Nous nous adresserons d'abord aux dossiers. Ils sont rarement fournis, réduits le plus souvent à une longue série de certificats d'entrée et de sortie; quelques notes prises sans grand souci de communication par les internes qui se sont succédés.

Quoiqu'il en soit, leur sécheresse même témoigne de l'histoire de ces malades et de la réputation qu'ils ont acquise de plus en plus. Ce premier bilan achevé, nous tenterons de présenter la vie quotidienne de ces personnes en étudiant les quelques thèmes qui nous ont paru les plus significatifs. Nous serons à même d'indiquer les composantes de cet équilibre a minima, que réalise la chronicité. Elles ne sont pas univoques, et peuvent se formuler aussi bien en terme de rejet que de protection, de fuite que de refuge.

L'étude de l'évolution du groupe nous fera aborder le problème de l'évolution de ces malades réfugiés dans la chronicité.

Que peut signifier une telle évolution, quelle valeur thérapeutique peut-elle avoir ?

Que peut-on proposer pour continuer la prise en charge de ces malades ?

On trouvera ici réunies les observations de six malades. Un plus grand nombre avait été invité à participer aux réunions, d'autres s'y joignirent spontanément, mais leur présence ne fut pas assez régulière pour qu'ils se fassent connaître avec la précision des premiers.

Il ne s'agit d'ailleurs pas de présenter un dossier individuel et complet. Un détail biographique a pu être parfois éclairé par ce qui avait été dit au cours des réunions. Une étude plus complète demandait des entretiens en tête à tête, des interrogatoires serrés auxquels il n'était pas possible de soumettre des malades aussi fragiles.

L'essentiel de notre effort porte sur le dossier comme document permettant de saisir la façon dont chacun pouvait être jugé globalement plus que par un regard clinique attentif. Nous sommes à la recherche de l'image que l'entourage pouvait se faire de tels malades, de la carrière qu'ils avaient parcouru avant que nous ayons commencé les réunions.

Monsieur Cr.

Né en 1933 dans l'Ardèche, Monsieur Cr. a perdu sa mère quand il avait cinq ans et son père à dix huit ans. Il a quatre soeurs plus âgées que lui. Enfant, il est placé dans des fermes et va très irrégulièrement en classe : il aimait beaucoup cela.

Quand il a dix huit ans, ses soeurs le prennent avec elles et l'emmènent à Paris. Là, il travaille comme manoeuvre dans différentes places jusqu'à l'âge du service militaire qu'il fait normalement. A la fin de celui-ci, il revient à Paris pour travailler.

Il est hospitalisé pour la première fois le 18 Mars 1957. Le certificat d'hospitalisation note :

" déséquilibre psychique et débilité mentale; état de subexcitation atypique
possibilité d'évolution vers la schizophrénie."

Il sort deux mois après et dans les mois suivants il est incarcéré à
Fresnes pour vol.

A partir de 1959 commence une série d'hospitalisations entrecoupées de
sorties d'environ six mois. Les certificats se succèdent :

II Juillet 1969 : " état de subexcitation avec comportement étrange, propos
discordants, ambivalence, attitude ludique continuelle, niveau mental diffi-
cile à apprécier."

23 Novembre 1960 : " schizophrénie chez un débile; niaiserie, puérilisme ..."

3I Mai 1969 (infirmierie spéciale) : " subexcitation avec désordre du compor-
tement chez un débile profond ..."

Un nouveau délit entraîne une incarcération à Fresnes de quelques mois.
Puis, c'est un nouveau séjour à Vaucluse. En 1969, il est hospitalisé pour
une longue période à Clermont de l'Oise. Là, il est enfermé plusieurs mois
en cellule.

Il en sort, mais c'est pour venir en placement d'office à la suite d'un
vol qui a entraîné un non-lieu. Dans le service, au cours d'un état d'excita-
tion il casse de nombreux carreaux. Il est envoyé l'après-midi même à Ville-
juif dans le service de force avec le certificat suivant : " transféré tem-
porairement, nombreux bris de carreaux, impulsions impossibles à maîtriser.
Pourra réintégrer le service lorsqu'il aura été calmé à Villejuif".

Il n'en reviendra que 18 mois plus tard et le certificat de transfert
note : " débile mental instable et très impulsif; suspect de schizophrénie,

I2 internements antérieurs, placé à la suite d'un vol impulsif. Calmé et docile depuis un an et demi. (sic) "

Dans le service, Monsieur Cr. apparaît avec un comportement nouveau, très différent. Il ne peut supporter la liberté relative qui règne dans le pavillon et fugue à trois reprises pour gagner Henri Collin et se faire hospitaliser. Il en recherche l'autorité et la sécurité.

Finalement, il s'aménage une vie très stéréotypée à l'intérieur du pavillon, travaillant à l'ergothérapie, au réfectoire et faisant du ménage aux heures creuses. De temps à autre, à propos d'un différend avec un autre malade, il menace de casser les carreaux, mais chaque fois il vient demander aux infirmiers quelques comprimés ou une piqûre afin de contrôler ses actes. I₁ est à remarquer qu'au fil des hospitalisations, les certificats insistent chaque fois plus lourdement sur la débilité de ce malade; un test de niveau ayant été pratiqué récemment a mis en évidence un Q.I. global de 95 et un Q.I. verbal de 110 !

Monsieur H.

Monsieur H. est né en 1930 en Alsace dans une famille de Huit enfants. Son père, menuisier et agriculteur, est fermier dans le sud-ouest. Sa mère est alcoolique, dit-on ...

Il passe son enfance au Maroc où ses parents, exploitaient une grande ferme. Il va en classe régulièrement et passe son C.E.P. Il travaille ensuite dans la ferme de ses parents. Il ne s'entend guère avec son père qui, dit-il, "est brutal et le bat". Souvent il se réfugie chez son oncle paternel pour lequel il a une grande affection.

En 1948, il est victime d'un accident alors qu'il travaille aux champs.

Il est immobilisé pendant deux ans, la fracture spiroïde de sa jambe droite s'étant compliquée d'ostéomyélite aiguë puis chronique. Il sera dispensé pour cela d'obligations militaires et retourne travailler chez ses parents.

En 1959, Monsieur H. se fait rapatrier par l'Ambassade de France. Il n'en n'a jamais indiqué les raisons. A l'arrivée son oncle l'aide à trouver logement et travail.

En 1961, Monsieur H. est hospitalisé pour la première fois, mais nous ne disposons d'aucun détail sur cette hospitalisation qui fut très vraisemblablement de courte durée.

Le 19 Août 1965, il est hospitalisé pour la première fois dans le service. Il est en placement d'office : le certificat de placement mentionne : " idées délirantes et de persécution chez un débile schizoïde, diffluence, barrages, discordance, niveau mental fruste. " Il sortira au mois de novembre de la même année. Mais il apprend qu'il est expulsé de son logement et revient immédiatement à l'hôpital.

Entre temps un examen psychologique avait été pratiqué, comportant tests de niveau et tests projectifs. Il indique :

- Q.I.V. : 85 - Q.I.P. : 107 - Intelligence normale.
- Expression verbale pauvre, problèmes d'homosexualité, signes typiques de psychose dissociative avec possibilité d'apparition d'éléments antisociaux sur un fond de personnalité fruste.

Quelques mois plus tard, alors qu'on envisage à nouveau une sortie, Monsieur H. est hospitalisé à Sainte Anne, pour une ostéite de la jambe droite nécessitant une intervention chirurgicale. Les suites de l'intervention seront longues, la plaie suppurant interminablement.

Plusieurs hospitalisations à Sainte Anne seront nécessaires. La plaie ne se guérit définitivement qu'en 1969.

Entre temps, Monsieur H. s'est petit à petit rendu indispensable à la cafetaria. On lui donne des travaux de confiance, il est chargé des achats, de la caisse. Il est très estimé. Toute tentative de sortie est arrêtée : personne de l'équipe infirmière ne tente d'éloigner un personnage aussi utile et les médecins soignent sa jambe qui refuse de guérir ...

Lorsque nous avons commencé à nous occuper de Monsieur H. Il n'était plus possible d'envisager sa sortie ou même une permission ; d'une anxiété extrême, il prétextait chaque fois de sa maladie pour justifier son refus de s'éloigner de l'hôpital.

Monsieur P.

D'origine polonaise, né à Varsovie le 1er Janvier 1930, Monsieur P. parlait mal le français lors de ses premières hospitalisations. Aussi les renseignements biographiques contenus dans le dossier restent très fragmentaires. Après plusieurs années d'hospitalisation, Monsieur P. avait appris correctement le français, mais était tombé dans un état de régression tel qu'il nous fallut beaucoup d'efforts pour éclaircir les points restés obscurs, sa propre histoire n'avait à ses yeux plus de sens.

De son enfance nous savons peu de choses. Il vit en Pologne avec sa famille, deux frères, trois soeurs. Il a peu connu son père. En 1940, il est déporté en Russie avec sa mère et ses deux frères. Sa mère meurt en 1942, au cours d'une épidémie de typhus.

Il est alors recueilli avec des frères par la Croix Rouge Internationale. La famille sera successivement envoyée en Iran, en Australie, puis au Mexique où il séjournera un peu plus longtemps. Enfin, il est placé dans une

d'enfants aux U.S.A. Il y suit une scolarité normale et apprend le métier de mécanicien. Il arrive en France en 1955. Il n'a jamais expliqué les raisons qui l'ont amené en Europe. Toujours est-il qu'il s'engage dans la Légion Etrangère. Il doit en partir en 1957, exclu à la suite d'une tentative de suicide.

Nous le trouvons pour la première fois à l'hôpital psychiatrique en Mai 1958. On parle d'emblée de schizophrénie ancienne ayant entraîné une désadaptation sociale progressive. Quelques mois après il fugue et s'en va dans le Cantal. Il est réhospitalisé rapidement à Aurillac. On lui donne sa sortie quelques mois après "parce qu'il a trouvé un travail à Paris". Nous sommes en Septembre 1960 et il revient dans notre service au mois de Décembre. Le certificat note :

II Décembre 1960 : " état dépressif atypique, ruminations, idées noires, parasitisme mimique, barrages. "

La période aigüe passée, on décide de le transférer à Ainay le Chateau (06 Février 1961) " pour bénéficier d'un séjour en colonie familiale où se trouvent - paraît-il - d'autres polonais." Mais il n'y a en fait pas de polonais et Monsieur P. s'adapte mal à cette nouvelle situation. On signale des troubles du comportement. Un vol de bicyclette entraîne son retour immédiat dans notre service en Septembre 1961.

Une sortie est à nouveau tentée en 1962 : nouvel échec. Des démarches sont entreprises pour transférer Monsieur P. en Pologne où vivraient encore deux de ses soeurs. Les démarches échouent. Une dernière fois, Monsieur P. tente de sortir pour travailler, en Janvier 1963, mais il est de retour 15 jours plus tard. Le certificat de réintégration parle de " schizophrénie en régression." On décide alors - contre son gré - de le transférer à Chezal Benoit "en vue d'une ruralisation". Quelques jours après son arrivée, une tentative de suicide entraîne son retour à Vaucluse. Monsieur P. se fait

21
dès lors complètement oublier, le dossier est quasi-fermé.

Tout ce que nous pouvons trouver se résume à ces quelques lignes écrites par les infirmiers : " s'occupe au réfectoire, méthodique, véritable machine à balayer, reste trop couché, ne mange pas beaucoup, lit beaucoup. Problème numéro un : l'occuper". On ne pourrait mieux traduire la vie de Monsieur P. au pavillon lorsque nous l'y avons trouvé. Ces lignes sont datées de 1966 !

Monsieur D.

Monsieur D. est de nationalité algérienne, né en 1928. Il est arrivé en France en 1947. Il a été d'emblée embauché à la S.N.C.F. et y a travaillé régulièrement comme cheminot jusqu'en 1958. L'histoire de sa maladie est pleine de contradictions et d'obscurités qui reflètent la position sociale particulière de cet homme et certains aspects de sa maladie.

Au début de la guerre d'Algérie, Monsieur D. se rallie au camp français et se veut du côté des "harkis", de graves conflits surgissent avec ses confrères algériens qui - dit-il - le jettent d'un train en marche pendant le travail. Mais une autre version, rapportée dans le dossier dit qu'il s'agit d'une plaie par balle.

Toujours est-il qu'il se retrouve à l'hôpital de Poitiers où il est soigné pour un traumatisme crânien grave et de multiples fractures. L'hospitalisation dure quatre ans, de 1958 à 1962. Il sort de l'hôpital pourvu d'une pension et gardant des séquelles importantes : infirmité motrice de la main droite et de la jambe gauche, ralentissement psycho-moteur.

Il vient alors à Paris retrouver sa famille. Il commence à travailler mais fait plusieurs places sans jamais se fixer. Progressivement son insertion sociale se fait de plus en plus aléatoire : il "clochardise", cherche

sa nourriture dans les poulcelles. Il fera un séjour à la maison départementale de Nanterre. En Juin 1965 il est placé d'office dans notre service. Le certificat note : " délire chronique hallucinatoire évoluant depuis plusieurs années, thèmes persécutifs, syndrome d'autonatisme mental (a un appareil dans le corps), désinsertion sociale, excitation ayant cédé sous traitement, 4 ans d'hospitalisation à Poitiers ".

Le dossier est à peu près vide, excepté des certificats qui montrent qu'un transfert en Algérie a été envisagé. Depuis 5 ans en placement d'office Monsieur D. s'était si bien intégré au pavillon et à sa structure qu'il y avait pratiquement disparu.

La réunion nous donna l'occasion de connaître un peu mieux son histoire et de demander enfin la conversion de son placement d'office en placement volontaire. Ceci ne rencontra aucune difficulté et fut fait rapidement. Monsieur D. pouvant sortir, se mit à la recherche de sa famille qu'il retrouva aisément, bien que ne sachant ni lire ni écrire.

Sa famille n'était jamais venue le visiter, fait assez rare chez les Algériens. Aussi , nous fûmes étonnés lorsqu'il revint, demandant sa sortie parce que son frère l'emmenait en Algérie.

Cette première annonce de sortie qui eût un rôle important dans les débuts de la réunion n'arriva pas à réalisation pour des raisons extrêmement complexes que nous n'avons pas encore totalement éclaircies à l'heure actuelle les frères, en effet, ne veulent pas qu'il sorte avant que les arrérages de la pension dus entre 1968 et 1962 ne soient payés et craignent d'autre part qu'il rechute dès sa sortie; mais il semble que ce soit là de bonnes raisons. Qu'en est-il exactement ?

Une autre difficulté découle de la raideur de malade : il est persuadé

malgré nos explications qu'il ne peut partir en Algérie car cela entraînerait la suspension de sa pension. Autant la sortie en France lui paraît quelque chose de souhaitable et facile, puisqu'il prétend être pris chez ses frères qui l'hébergeront et le feront travailler, autant le départ en Algérie lui paraît impossible : il serait mis là-bas en prison, et puis il est convaincu - dans son délire - que ses parents sont tous morts : or il n'en n'est rien.

Délire d'une part, réticences des frères d'autre part font que Monsieur D. n'a pu sortir alors que son comportement actuel rendrait une sortie tout à fait souhaitable pourvu qu'elle soit accompagnée d'une post-cure suivie.

Monsieur G.

Martiniquais, né à Fort-de-France en 1914, il y est élevé jusqu'en 1922 par sa mère. A la mort de celle-ci, son grand-père se charge de lui jusqu'à ce qu'il ait atteint ses quinze ans. Il part alors en France où vit déjà son père, son frère et sa soeur. Il vit un moment avec eux et passe un C.A.P. d'électricien-monteur. Il conservera ce métier toute sa vie.

En 1942, il se marie, de cette union naît un fils. Quatre ans plus tard il divorce. Sa femme s'en va avec son fils et il ne les reverra jamais, malgré ses nombreuses démarches pour retrouver leurs traces.

Jusqu'en 1963, il travaille régulièrement comme électricien dans un grand organisme d'Etat. On ne sait quelle valeur attribuer aux premières notations du dossier : " désinsertion sociale progressive avec appoint d'éthylisme."

Toujours est-il qu'il est hospitalisé pour la première fois à Sainte-Anne du 02 Février 1963 au 12 Avril 1963. Le certificat note : " éthylisme, quérulence, idée fixe." Après la première sortie, il ne reste pas longtemps

dehors : 10 jours se passent et il est à nouveau hospitalisé. Le certificat renferme alors des notations plus précises : "explosions délirantes, délire de persécution, thèmes démoniaques d'origine culturelle : ce sont des zombis qui se travestissent en animaux sous l'égide d'une famille martiniquaise qu'il désigne comme persécutrice. Il se défend en aspergeant sa chambre d'eau bénite. Tout l'hôtel est hanté, ses propres talons sont habités. Caractère imaginatif des propos. Tendance confabulatrice, constitution paranoïaque".

Pendant un temps il sera suivi avec beaucoup d'attentions, mais au cours des nombreuses hospitalisations, l'aspect de psychorigidité et de revendication seront chaque fois soulignés. Il semble que la multiplicité des hospitalisations qui ne sont parfois séparées que de quelques jours soit due à un processus de rejet. Malade devenu mal supporté, Monsieur G. est éloigné de l'hôpital chaque fois qu'il fait une hypothèse de sortie, et sans qu'il y ait la moindre critique de cette demande.

En 1965, il veut retrouver sa femme à Marseille et devant le refus de celle-ci à l'héberger rechute. On décide alors de le rapatrier en Martinique où il n'a qu'une tante pour toute famille. Il part seul, mais se retrouve à l'hôpital psychiatrique de Colson où il restera 2 ans. Il sort pour reprendre le bateau et revenir en France. Au cours même du voyage il fait une rechute délirante massive et revient immédiatement à l'hôpital psychiatrique.

Le dossier de cette époque nous montre encore plus clairement le rejet de ce malade par le service où il est hospitalisé. Il suffit de lire et de commenter rapidement les certificats :

1^{er} Septembre 1967 : "revient de Martinique, sorti de Colson depuis le 14 Août et rechute massive pendant le voyage, n'a pas pris son traitement, mais est allé consulter un désenchanteur". Il sort le 13 Octobre.

Nouvelle hospitalisation le 17 Octobre 1967 soit 4 jours après :
 " psychose hallucinatoire enkystée, disparition des hallucinations sous traitement, persistance d'une structure paranoïaque. Refuse de façon sthénique son transfert à Colson".

Il demande alors de retourner à Marseille, toujours à la recherche de son ex-épouse. On lui donne un bon de transport, deux infirmiers l'accompagnent à la gare. Le lendemain, il est de retour et le certificat note :
 " n'est pas parti à Marseille, malaise sur la voie publique, est allé à Laënnec d'où il a été envoyé à Vaucluse pour syndrome hypochondriaque". Il sort le 02 Juillet 1968. Dix jours après il est de retour, il a fait un voyage à Marseille et à Genève où les hallucinations ont repris.

Encore deux hospitalisations toujours brèves et le voilà transféré en Martinique contre son gré. Dès sa sortie de l'hôpital de Colson, après dix mois d'hospitalisation, il revient en France. C'est alors qu'il est hospitalisé dans notre service : il ne devait pas retourner à son ancien service puisque, sans domicile fixe, il en avait été absent depuis plus de 6 mois.

C'est alors que nous fîmes sa connaissance. Monsieur G. apparaissait certes comme un personnage rigide, mais la réémergence des hallucinations auditives, les menaces permanentes d'un démon qui l'empêchait de dormir la nuit étaient au premier plan et lui étaient devenues insupportables, des infirmiers qui avaient bien connu Monsieur G., lors de ses précédentes hospitalisation nous mirent en garde soulignant son caractère revendicatif et querelleur. Mais à notre grand étonnement, Monsieur G. n'a manifesté aucun de ces traits de caractère, bien au contraire, il est resté retranché en lui-même, comme coupé du monde, en prise à des hallucinations qui ne cédaient plus au traitement. Il semblait avoir abandonné tout espoir de sortie et d'amélioration.

Il fut très difficile de faire participer Monsieur G. à la réunion.

Il s'installait à distance du groupe, alléguant une légère surdité. Il ne s'exprimait que si la parole lui était directement donnée et généralement, n'était pas du tout au courant du sujet débattu. Bien souvent, il faisait excuser son absence par un autre malade, prétextant une trop grande fatigue ou un surcroît de travail à l'ergothérapie qu'il ne fréquentait pourtant qu'épisodiquement.

Monsieur B.

Né en 1911, Monsieur B. a passé son enfance chez sa grand'mère maternelle. Nous ne savons rien d'autre de sa petite enfance, sinon que son père était alcoolique. Il va en classe jusqu'à 13 ans puis travaille comme manoeuvre. Il se marie à 36 ans avec une femme beaucoup plus jeune que lui. De cette union naissent quatre enfants : trois fils et une fille. Toute la famille vivait dans une seule pièce. La femme faisait des ménages dans une école. Lui travaillait dans une imprimerie. Sa consommation de boissons alcoolisées était déjà élevée depuis plusieurs années.

La première et seule hospitalisation date d'Octobre 1964 : placement d'office à l'occasion d'un délire subaigu confuso-onirique. Après deux mois au terme desquels son placement d'office est transformé en placement volontaire, il sort en permission pour aller voir son employeur et sa femme.

Son employeur ne peut le reprendre, sa femme a quitté le domicile conjugal. Quelques mois plus tard, elle demande le divorce.

Dès Janvier 1965 il renonce plus ou moins à envisager sa sortie, refuse les permissions pour aller chercher du travail. Il n'a en effet plus de logement et travaille régulièrement à l'intérieur de l'hôpital, à la buanderie. Il n'a désormais plus guère d'occasion de rencontrer un médecin, étant occupé toute la journée. Il se fait progressivement oublier.

En mars 1965 on décide son placement en colonie familiale à Ainay le Château. Il y séjournera plus d'un an. Puis il est renvoyé dans le service avec le certificat suivant : "alcoolisme chronique, grosse détérioration intellectuelle, aucune activité utile. Met à profit les structures libérales du placement familial pour s'alcooliser régulièrement".

Depuis sa réintégration dans le service il mène une vie asilaire complète, retravaille régulièrement à la buanderie, s'alcoolise régulièrement. Il a perdu le contact avec ses enfants qui vivent avec le second mari de sa femme depuis le décès de celle-ci.

On avait tenté de prendre en charge Monsieur B. dans un groupe d'alcooliques. Il n'a jamais pu s'y insérer car il n'y venait qu'irrégulièrement, ayant trop de travail à la buanderie. La nouvelle tentative faite avec notre réunion en petit groupe a été un nouvel échec.

Chaque fois qu'il se présentait il restait très extérieur au groupe. Les réponses marquaient cette hétérogénéité et instaurait une sorte de déséquilibre dans la réunion. Devant cette difficulté d'intégration et le refus d'y participer spontanément qui en découlait, nous avons accepté qu'il ne vienne plus dans la deuxième partie de notre travail.

.....

Au terme de cette présentation de dossiers, une question s'impose à notre réflexion : à quel moment, pourquoi un tel ou un tel est-il entré dans la chronicité ? La recherche du moment de la chronicisation par rapport aux références sociales principales de chaque malade va nous fournir un premier élément de réponse.

Nous nous sommes efforcés de déterminer dans leurs grandes lignes la situation de ces malades dans des coordonnées sociales. Un travail aussi

limité ne peut envisager les différences ou les nuances que peut apporter le type de maladie de chacun. Il faudrait une enquête beaucoup plus vaste pour en rendre compte.

Les rapports de chacun avec sa famille sont fort méconnus par les dossiers et la plupart des renseignements donnés ici ont été fournis pendant les réunions. Le peu que nous sachions met toujours en évidence un conflit familial grave. Il n'y a là rien de bien exceptionnel. Ce qui frappe est plutôt l'absence de référence à ce conflit. Il semble que, bien plus qu'une négligence de la part des soignants, cette absence prenne sa source dans le discours même du malade qui ne donne jamais que des réponses laconiques ou fuit l'interrogation sur ce sujet. Nous en voulons pour preuve le fait que la référence à la famille de chacun soit un des éléments qui mirent le plus de temps à s'installer dans le discours de la réunion.

En fait, s'il y a eu conflit, ce conflit est comme enkysté lorsque les malades arrivent à l'hôpital et ils ne veulent pas en reparler. Ni Monsieur H. ni Monsieur Ct. ne donnent de renseignements abondants; quant à Monsieur D. personne avant nous ne savait qu'il avait une nombreuse famille à Paris. D'ailleurs peu importe si pendant quelque temps certains membres de leur famille ont tenté de garder le contact. Ce n'est qu'un phénomène secondaire, le conflit fondamental a été résolu par la négation. Ainsi Monsieur H. raconta un jour, après avoir longtemps dit qu'il n'avait plus aucune nouvelle de sa famille, qu'il avait reçu une lettre de son oncle mais qu'il ne lui avait pas répondu, qu'il pouvait avoir des contacts avec sa famille, mais qu'il n'avait jamais jugé utile de le faire depuis son hospitalisation.

Un seul cas nous permet de mettre en liaison résolution du conflit familial et chronicisation : Monsieur B. Sa femme partie, il renonce à son travail, à ses enfants et s'installe à l'hôpital quoiqu'on y fasse. La chronicité est l'installation dans une position dépressive : il abandonne la vie extérieure quand il a constaté qu'il est exclu de la cellule familiale.

Nous sommes là, sinon dans un cas simple, du moins privilégié du point de vue adopté. Mettre en évidence un moment de rupture avec ces références sociales que sont pour le malade l'insertion dans le monde du travail et la vie quotidienne, la prise en charge active dans l'institution psychiatrique exige une étude plus nuancée. Il n'est pas possible de déterminer des lois, d'avancer des certitudes, seules quelques directions de recherche peuvent être indiquées au niveau de notre analyse.

Schématiquement le malade psychiatrique, ou du moins le sujet pour lequel est prise une mesure d'internement sans préjuger de sa maladie, va se trouver entre deux demandes et deux rejets qui n'ont d'ailleurs pas chacun la même importance. La demande de la société est qu'il se fasse soigner parce qu'il n'est plus capable de rendement donc de jouer son rôle social. Mais cette demande s'accompagne d'un rejet, certes théoriquement temporaire mais d'autant plus massif que les symptômes présentés ont pu perturber le milieu habituel dans lequel cet homme vivait.

L'institution psychiatrique qui le reçoit le prend en charge dans la mesure où il demande de guérir, en fait elle pose la condition qu'il soit susceptible d'être soigné, pour sortir et pour travailler. Ceci s'accompagne d'un rejet beaucoup plus subtil. L'institution le fait sortir mais considère que tout ce qui est du domaine du travail doit dépendre du malade seul. Cela revient paradoxalement à marquer les frontières d'un rejet vers la société. Ce fait - patent lorsqu'il s'agit d'éthyliques - est plus difficile à percevoir en ce qui concerne le psychotique.

Le cas de Monsieur D. illustre bien comment devant un rejet particulièrement massif de la société - dont les soignants font d'ailleurs partie, et cet élément semble ici jouer son rôle - en raison d'une certaine lassitude devant la grande quantité de Nord-Africains qui venaient chercher refuge à l'hôpital psychiatrique, la prise en charge par l'institution ne peut être réalisée.

En effet, Monsieur D. est arrivé dans le service en pleine guerre d'Algérie, complètement désinséré du monde du travail et très délirant. Toutes ses tentatives après la sortie de l'hôpital de Poitiers avaient échoué et il menait une vie précaire. Que faire alors ?

Il est étonnant de constater à quelle vitesse il disparaît du champ de préoccupation des soignants. Il travaille à l'ergothérapie ... La conversion du placement d'office qui, si l'on compare le tableau clinique et les habitudes du service, aurait dû être demandée dès le certificat de quinzaine, ne l'a pas été. Sa désinsertion sociale grave s'est changée dès son arrivée à l'hôpital en chronicité.

L'étude du dossier plus complet de Monsieur G. permet une analyse beaucoup plus nuancée du jeu complexe de demande et de rejet. Une première hospitalisation a eu lieu à Sainte Anne : l'hospitalisation est bien acceptée la sortie rapide. Jusque là, la tolérance du milieu avait été très grande, à la mesure même de l'ignorance dans laquelle il était de la solitude, de l'alcoolisme de cet homme. Il faudrait rapporter ici plusieurs cas que nous avons rencontré au cours de notre travail de secteur, pour montrer à quel point change l'attitude du voisinage envers celui qui a été "interné" (car c'est le mot couramment employé). L'intolérance croît sans commune mesure avec la gravité de symptômes qui avaient parfois jusqu'alors été considérés avec bienveillance.

Nous n'avons pas les éléments suffisants pour suivre cette évolution dans le cas qui nous préoccupe. Il faut noter qu'à la suite de la première hospitalisation aucune post-cure n'avait été assurée. A l'occasion d'une rechute délirante, Monsieur G. se voit mis en placement d'office. Il se trouve d'emblée dans la situation de rejet maximum de la société : personne n'est mieux mis en situation d'objet, "dangereux pour lui-même et pour les autres". La demande de soins n'est même pas signifiée au malade, il y est contraint ainsi que l'institution.

NOTE : Comment alors ne pas citer ici le Docteur BONNATE :

" D'après notre expérience, dès que le délirant est entré dans l'ordre d'une relation thérapeutique du niveau le plus primaire, qui apporte dès lors une modification décisive du champ relationnel, il y a en général erreur thérapeutique si on ne le replace pas dans le monde normal, pour peu que le cas le permette, JUSTE au moment opportun, avant que ne s'organise dans l'hôpital psychiatrique un champ relationnel qui sera difficile à modifier, avec ou sans survenue d'une aggravation du tableau clinique après le premier apaisement ... Dans la Seine, où ces malades sont généralement placés d'office, cette conduite thérapeutique fine nous est presque toujours interdite, et le travail délicat vis-à-vis des délires chroniques dont le succès dépend de délais qui peuvent ne pas excéder 24 heures ne peut être effectué. Il s'y substitue des manipulations d'autant plus grossières que le médecin ne peut pas ne pas dire au malade : "Ce n'est pas moi c'est le Préfet de Police", ce qui altère gravement la valeur de l'axe médecin dans le champ relationnel. De cet ensemble caractéristique de l'intolérance de la capitale, tolérance malade milieu, au sens élémentaire, plus faible, emprise forte du "maintien de l'ordre", médiocrité de l'institution hospitalière, dénaturation de la fonction thérapeutique et limitation des moyens techniques de soins, y compris par la réduction d'efficacité des thérapeutiques biologiques, il résulte de moindres chances d'émanciper le malade du refuge hospitalier. Il en résulte à peu près certainement aussi, bien qu'ici l'objectivation en soit difficile, une situation moins satisfaisante des déliants non hospitalisés, sortis dans un milieu plus intolérant/intolérable et dans les conditions d'une relation thérapeutique altérée au départ".

A l'inverse de Monsieur D. Monsieur G. est pris en charge avec beaucoup d'attention. On constate qu'il avait eu jusqu'alors un emploi régulier les soins pouvaient aboutir à une reprise du travail; il suffisait de l'améliorer. Ce réflexe de prise en charge attentive d'un malade encore bien inséré professionnellement quelle que soit sa symptomatologie est un phé-

nomène constant. La manière dont est reçu et écouté un entrant dépend largement de sa situation professionnelle.

Pendant deux ans Monsieur G. est soigné attentivement. La première hospitalisation dure quatre mois. Il vit ensuite pendant neuf mois au dehors, nous ne savons cependant pas s'il a repris son travail. Une seconde hospitalisation ne modifie pas les rapports de soins.

Avec la troisième hospitalisation ces rapports commencent à se détériorer. La rechute est intervenue dans de brefs délais et les sorties prennent un sens différent. Nous avons déjà mis en évidence cette augmentation progressive du rejet en relation avec des certificats, qui soulignent sans cesse la "structure paranoïaque" de Monsieur G. et qui donnent des raisons de plus en plus désadaptées de sa sortie, le renvoi à la Martinique pour se faire hospitaliser ailleurs. C'est à la suite de son second voyage aux Antilles qu'il sera admis dans notre service. Il est maintenant sans domicile fixe et n'a aucun droit à être hospitalisé dans le service qui l'avait autrefois pris en charge pour finalement le rejeter. Le changement de service signe en quelque sorte ce rejet.

Il arrive là précédé de sa réputation de "structure paranoïaque". Il n'y a plus depuis longtemps de rapport à la société, quant à la l'institution elle apparaît comme une instance seconde par rapport à ce que représentait le premier service. L'histoire des rapports avec les instances sociales étant close, il ne reste plus rien que l'installation dans la chronicité.

Il est possible de reprendre en fonction de ces données les trois autres cas. Monsieur P. se trouve dès que nous connaissons son dossier dans cette situation de sorties qui montrent l'intolérance de l'institution avant qu'elle n'abandonne la prise en charge. Le cas de Monsieur Gr. Montrerait une curieuse hésitation en ce qui concerne le rejet de la société : s'agit-il d'un fou ou d'un délinquant, prison ou asile ? C'est finalement la deuxième solution qui prévaudra. Il est curieux que cette hésitation s'accompagne

d'une affirmation de débilité qui se fait de plus en plus prégnante. Pour Monsieur H. tout s'est passé à l'intérieur de l'hôpital. La prise en charge active a duré plus longtemps que pour les autres. L'espoir de sortie était en quelque sorte mis en suspens et ne jouait pas son rôle en raison de l'acuité prolongée de son état et des préoccupations que donnait sa maladie organique.

Au terme de cette analyse, nous voudrions insister encore une fois sur le fait qu'elle n'a de valeur que de structure de recherche. Eliminer dans notre considération le type de maladie dont est affecté le chronique et ne considérer que la relation du sujet à la structure sociale nous a permis de dégager les grandes références dans lesquelles se situe la chronicité. Structure familiale, insertion dans le milieu, prise en charge dans l'institution sont les trois éléments dynamiques qui tant qu'ils existent donnent au sujet, sinon une chance de guérison du moins la possibilité de vivre dans une situation conflictuelle où sa personnalité est sollicitée et en quelque sorte entretenue. Pour montrer quelle chute, quelle destruction l'abandon de ces références sociales élémentaires entraîne, il nous faut maintenant approcher cette vie du chronique et tenter de déterminer sa signification.

CHAPITRE DEUXIEME
** ** ** ** **

LA VIE DU CHRONIQUE

L'étude des dossiers nous a permis une approche globale de chaque cas et leur grossièreté même à mieux mis en évidence les clivages fondamentaux qui ont fait de ces hommes des exclus. L'importance des références sociales ne nous est pas apparue directement lorsque nous discutons en groupe, notre intérêt se portait en premier lieu sur la façon dont chacun vivait et notre recherche était essentiellement orientée sur la connaissance de chacun, de son monde, de ses réactions. Les documents que nous présenterons ici en témoignent.

Pour en exprimer toutes les nuances, il faudrait publier le compte-rendu des réunions in-extenso, mais ceci dépasserait le cadre de notre travail. On en trouvera ici de larges extraits qui prendront place dans l'étude de thèmes que nous présenterons séparément. Ceux-ci ont été choisis pour mettre en évidence ce qui, en dehors de la maladie propre de chacun, était le plus caractéristique de la condition du chronique. Un commentaire bref les accompagnera avant que nous entreprenions de décrire d'une part les symptômes de ce que nous ne pouvons appeler encore maladie mais qui constituent les caractéristiques du malade chronicisé et les rapports de celui-ci aux différents soignants.

A.- L'ERGOTHERAPIE

"Moi, je travaille à l'ergo et je suis tranquille" dit Monsieur Cr. qui en parle le plus volontiers. Il aime bien y aller et son travail occupe une place essentielle dans sa vie.

A première vue, l'ergothérapie apparaît comme une occupation. On y fait quelque chose, au contraire de ceux qui restent au pavillon et qui n'ont qu'à tourner en rond. D'ailleurs n'est-ce pas un vrai travail puisqu'ils gagnent un peu d'argent ?

C'est aussi une manière de se faire bien voir par les infirmiers.

Leur présence régulière à l'ergo montre qu'ils sont de bons malades, sérieux, travailleurs, pas dérangeants : "je travaille de huit heures et demies du matin à sept heures du soir, je suis commis et je travaille à l'ergo" dit Monsieur H. non sans fierté.

Mais c'est surtout l'endroit où l'on ne pense pas, où l'on tue le temps "Moi, dit Monsieur G., je fais des bobinots - pelotes de corde à linge en nylon - j'en fais vite, vite, comme ça, j'ai pas besoin de penser. Quand j'étais à Clermont, je refusais de travailler, je pensais trop et j'étais complètement fou et j'étais en cellule".

Aussi n'est-il pas étonnant que le travail à l'ergo soit donné comme excuse quand l'un ou l'autre n'a pas participé à une réunion ou une distraction commune qui risquait d'apporter quelque nouveauté à leur vie. Ainsi, lorsque la "Compagnie du Soleil" est venue donner une représentation, seuls deux des participants du groupe y étaient allés; les autres étaient à peine au courant : "vous comprenez on était à l'ergo, on préfère ne pas perdre une journée de pécule".

De telles excuses reviennent au début des réunions. "Pourquoi n'êtes-vous pas venu la dernière fois ?" - "C'est qu'on a du travail à l'ergo". Les explications répétées sur le fait que les réunions font partie des soins et qu'il ne leur sera rien retiré sur le pécule sont inutiles. Et c'est alors qu'apparaît le fin mot : "vous comprenez on se fait mal voir par le chef de l'ergo". Car ne pas venir régulièrement, pour quelque bonne raison que ce soit risquerait d'entraîner un rejet de l'ergo et ce travail, plus efficace que tous les neuroleptiques, pour éviter de penser, disparaîtrait.

On n'a aucun mal à sentir l'importance fondamentale de l'ergothérapie du moins de l'atelier quand on a présent à l'esprit la situation ou l'absence de situation sociale du chronique. L'atelier matérialise l'absence de l'institution : il est situé à l'écart de tout ce qui est vie institu-

tionnelle contrôlée et animée dans une visée thérapeutique. Il favorise d'autre part ce que le Docteur TOSQUELLES appelle "la reconstruction d'autismes d'adaptation". A ce qui pourrait être "possibilité d'expérience, de reconnaissance et de contact avec autrui" est substitué un simulacre de travail; car celui qui est proposé est des plus élémentaires, n'exigeant aucune qualification professionnelle, un simulacre de salaire (pas 2 Fr par jour). Tout cela est encore renforcé par la nécessité d'être régulier et d'assurer un certain rendement pour y être admis. Tout échange ou contact humain est réduit à son minimum pendant la plus grande partie de la journée.

B. LES DISTRACTIONS

L'intérêt pour les distractions ou le passe-temps particulier de chacun nous parût dans nos premiers efforts d'animation un sujet digne d'être proposé. Nous ne nous attendions pas à tant d'indifférence. Même la télévision n'attire plus l'attention.

Monsieur Cr. : "Je ne regarde pas la télé, le soir je me couche, je dors et je n'entends même pas quand il y a du chahut dans le dortoir".

Monsieur H. : "Moi ça ne m'intéresse pas et puis il y a assez de cinéma toute la journée ici, ce n'est pas la peine d'en regarder encore plus".

Monsieur P. : "Moi j'aime bien regarder la télé le soir".

Monsieur H. : "C'est trop tard, le sommeil est plus important".

A propos d'une petite fête organisée spécialement en l'honneur des travailleurs de l'ergothérapie, nous retrouvons la même indifférence poussée à son comble. Ils ne sont même pas allés au repas.

Monsieur Cr. : "A Noël on mange bien, ça suffit".

Monsieur H. : "On est habitué à la nourriture du pavillon, on préfère ça, on n'aime pas le changement".

Le club des malades organise assez fréquemment des distractions à la cafetaria. Notre groupe ne l'ignore pas, mais s'y intéresse peu. Monsieur H a participé à un tournoi de ping-pong et en parle au cours d'une réunion. Les questions posées pour comprendre le désintéressement des autres entraîne une conversation très révélatrice :

Monsieur G. : "il fallait payer un franc par joueur"

Monsieur H. : "mais en échange, on avait droit à un paquet de cigarettes"

Monsieur Cr : "Moi ça ne m'intéresse pas, avant je jouais aux dominos, maintenant plus".

Monsieur P. : "Moi, ce sont les échecs, mais je n'aime pas jouer, je perds tout le temps. J'achète le Figaro le jeudi pour les problèmes d'échecs et puis aussi d'autres magazines.

Monsieur Cr : "Quand je lis, ça me rend malade et ça m'énerve. Je ne peux pas lire : avant d'être malade j'aimais ça.

Monsieur P. : " Moi j'aime bien, je lis le journal et des illustrés. A un moment je cherchais des livres à la bibliothèque mais plus maintenant, j'aimais lire dehors, ici, ça ne me dit rien".

Monsieur G. : "C'est comme moi quand j'étais dehors je lisais le journal tous les jours, mais ici je le prends de temps en temps.

On voit apparaître ici une détérioration progressive des possibilités de relation : les contacts avec le monde extérieur, une certaine curiosité

pour ce qui se passe une certaine vie de la pensée vont s'amenuisant". Travailler, dormir aux mêmes heures, le plus tôt possible, pour ne plus penser et se maintenir dans les limites qui leur sont offertes. Les distractions communes ne sont, d'une certaine façon, pas pour eux. Certes, quelques uns gardent un intérêt, mais il est le plus souvent caché sinon des infirmiers, en tout cas des médecins. Tous ont en tout cas une nette conscience du problème et semblent accepter comme nécessaire cet amenuisement de leurs possibilités d'expression et de relations.

un autre fragment de conversation nous le montre mieux. Une kermesse a été organisée dans l'hôpital, aucun membre du groupe n'a voulu préparer quelque chose :

Monsieur Cr. : "quand j'étais à Clermont, il y a eu une kermesse avec des catcheurs; ce n'est pas drôle. Ici il y a eu des pantomimes. C'était la seule fois de l'année où j'avais le droit de sortir du pavillon".

Monsieur L. (qui ne participe pas régulièrement à la réunion) "ici on fait les choses quand elles nous tombent toutes cuites dans la bouche, sans ça c'est trop compliqué".

Nous avons appris par la suite que seuls Messieurs G. et H. étaient allés à la kermesse. Mais quelques jours après, Monsieur Cr. qui ne sortait jamais plus est allé visiter le palais de la découverte, accompagné d'un infirmier qui a pour activité principale de faire dessiner et peindre des malades souvent très asilisés. Il l'avait lui-même réclamé.

La comparaison est éclairante. D'un côté l'on trouve l'organisation officielle du service et de l'appareil dans laquelle ils sont mis en situation d'objet. On ne peut que souligner la réponse de Monsieur Cr. : "j'avais le droit de sortir ce jour-là seulement chaque année". De l'autre des relations se sont établies, et d'ailleurs en dehors des structures officielles, qui tente de s'articuler à un désir exprimé personnellement.

Avoir le repos, les distractions traduit bien la place des chroniques dans l'institution. Il suffit de voir l'effort constant que chacun déploie pour fuir la réalité et ses pensées pour comprendre que les jeux, kermesses etc ... ne sont que des activités qui viennent briser leur fuite, leur recherche de distraction fondamentale. Mais on peut percevoir d'un autre côté une certaine agressivité : aucun d'entre eux ne se trompe sur la valeur de ce qui leur est proposé, activités vides, qui ne permettent pas de reprendre contact avec la réalité mais prennent la place de l'écoute qu'ils demandent à ceux qui prétendent les occuper.

C.- LES MEDICAMENTS

Pour poser la question de la manière dont les médicaments étaient vécus par les malades chroniques ne nous avait pas souvent été donné avant que nous entreprenions cette réunion. Le nombre d'années d'hospitalisation, l'absence de problèmes aigus faisait que nous n'avions guère eu l'occasion de remettre en cause les prescriptions. Au fond, pourquoi reprendre un traitement "qui leur réussissait".

Mais ce thème fut abordé dès la première réunion par les malades eux-mêmes et nous avons pu nous rendre compte rapidement de la richesse de significations qu'il portait.

Le médicament est avant tout "ce qui fait du bien" : maintenant, il y a les médicaments qui nous guérissent, dit Monsieur H., avec les médicaments tout est plus calme.

Et c'est telle ou telle forme de médicaments qui est la meilleure. Ainsi, Monsieur P. : "je ne veux plus de piqûres ni de potions, ça ne sert à rien, je préfère les comprimés". Mais la discussion continue, Monsieur Cr. rétorque "moi, je trouve que les potions c'est pas pareil que les comprimés les potions c'est mieux, ça agit plus vite. Quand je prends les comprimés,

le soir à 10 heures, je ne dors pas, avec les potions à 8 heures, je dors". et Monsieur H. : "moi je suis du même avis : je préfère les potions".

Agir bien, agir vite, le mieux possible, c'est avant tout ce que l'on demande aux médicaments. Mais de même qu'une forme est préférée à l'autre sans qu'on puisse mettre en évidence une raison objective, tel médicament prend une valeur essentielle, quasi magique : "quand je suis énervé, dit Monsieur Cr. je demande de l'équanil, on m'en donne tout le temps". En comparaison du traitement habituel du malade, l'équanil ne devrait avoir aucun effet, mais il a pris une valeur symbolique de réassurance essentielle qui va bien au delà de l'effet objectif.

Aucune vie ne peut être souhaitée pour eux sans médicaments. Ceux-ci sont donnés comme excuse pour rester à l'hôpital : "comment fait-on pour prendre les médicaments au dehors ?". Lorsque l'on propose à Monsieur Cr. de sortir et de vivre en foyer de post-cure : "à l'hôpital de nuit on donne des médicaments ? C'est bien, alors si je suis énervé, je peux avoir de l'équanil en plus ?".

Accepter les médicaments, c'est vouloir être calme, décliner son identité de "bon malade". "Comment fait-on pour prendre les médicaments dehors ? dit Monsieur Cr. Avant je ne les prenais pas, mais à Henri Collin, on m'a appris à les prendre, maintenant je ne les jette plus". Monsieur Cr. peut être considéré comme chronique depuis son retour d'Henri Collin !

Le médecin ou l'interne sont d'ailleurs peu présents dans cette relation au médicament. Les médicaments font partie des rites quotidiens, de la place du chronique. La prescription est faite depuis souvent des années. Contrairement à de nombreux malades aigus, le chronique ne jette pas ses médicaments. Recevoir des médicaments de force c'est être fou, mieux être assez fou pour ne pas accepter sa condition. Peut-être est-ce le sens qu'il faut donner à la phrase de Monsieur HAAS qui parle de médicaments qui guérissent.

Ainsi les médicaments apparaissent comme le signe de la dépendance asilaire. Tout se passe bien si l'on prend tout régulièrement, le mieux et le plus fidèlement possible. Tout se passe bien pour l'institution si ces malades restent tranquilles, tout se passe bien pour le chronique si l'on dort on ne pense pas, on oublie. Accepter les médicaments c'est s'accepter en situation d'objet : chacun est ainsi assuré d'avoir la conduite désirée, le mode d'existence autorisé.

D.- LE TEMPS ET L'HISTOIRE

Nous avons vu en étudiant l'attitude des malades du groupe par rapport au travail et aux distractions combien tout s'amenuisait dans une monotonie où plus aucun événement n'avait une valeur. Que devient le temps dans une pareille vie ? Il n'y a ni heure, ni jour, ni vacances, ni saisons, plus d'histoire au sens propre et au sens vulgaire. Seul Noël marque un point de repère, un jour pas comme les autres : chacun reçoit un cadeau qu'il a pu choisir; on fait une petite fête, un repas exceptionnel.

Cette disparition des repères temporeux est particulièrement sensible dans la discussion suivante. On parle de matches et de championnats de football. Chacun raconte ce qu'il a vu et Monsieur Cr. prend la parole pour rappeler un souvenir : "En 54, non, en 56 ... oh ! je ne sais plus me retrouver dans les années ! l'an dernier on était quelle année ?"

- En 1969

- Monsieur Cr. " Ah ! c'est ça, en 1969, j'ai suivi tous les matches de foot du championnat du monde.

Il est extrêmement difficile pour la plupart de préciser depuis quand ils sont hospitalisés et combien de fois. Pour Monsieur H. les seuls événements importants sont constitués par ses différents séjours en chirurgie à Sainte Anne. Pour Monsieur Cr. son séjour à Henri Collin est l'élément es-

sentiel de sa vie, du moins dans ce qu'il en raconte.

L'histoire de chacun n'est jamais qu'évoquée. Il faut saisir l'allusion au cours d'une réunion pour comprendre un événement dont l'importance n'avait pu être saisie jusqu'ici ou qui était tout simplement ignoré. Ainsi personne ne savait exactement quelle famille avait Monsieur D. à Paris et s'il était possible de l'atteindre avant qu'il en ait parlé à la réunion.

Une seule fois le groupe se mit à évoquer en commun des souvenirs d'enfance. Monsieur P. raconta avec beaucoup de détails ses pérégrinations à travers le monde. Puis la réunion fut interrompue par un appel d'urgence.

La semaine suivante, alors que nous essayons de revenir sur ce sujet de conversation Monsieur P. nous interrompit brusquement pour dire : "je n'ai plus rien à dire, je suis interné à l'hôpital psychiatrique de Vaucluse, il n'y a rien avant et rien après à y ajouter".

E.- LE DEDANS ET LE DEHORS

Travail mécanisé, distractions refusées, médicaments pour ne plus penser, temps disparu, nous ont permis une première approche de la vie du chronique. Pouvons-nous aller plus loin dans une vue plus synthétique ? L'étude du compte-rendu de trois réunions nous permettra de mieux approcher ce qui a confiné nos patients dans un tel appauvrissement. Nous l'avons rencontré d'emblée, la première fois que le groupe s'est formé :

- Monsieur H. " c'est difficile de trouver du travail, j'ai ma jambe malade.
- " mais votre jambe va beaucoup mieux !"
 - Monsieur H. " non, pas du tout, elle me fait trop mal et je ne pourrais pas travailler comme ça"
 - " c'est bien de sortir : on a plus d'argent et on peut se promener".

- Monsieur D. " mais nous, on n'a pas où loger, alors c'est difficile de sortir".
- " mais, on pourrait vous trouver un foyer"
- Monsieur H. " mais c'est pas pareil on ne connaît pas les gars on ne peut avoir confiance. Il y a des vols, des bagarres ..."
- " c'est pourtant pareil ici ! "
- Monsieur H. " Oui, mais ici on est tous malades !"
- Monsieur Cr " moi, si je suis dehors, je peux me mettre à voler, à donner des coups. Ici, ça va, mais quand j'étais sorti, je volais. Alors ça pourrait ne reprendre "
- " de toute façon pour sortir, il faut que vous soyez d'accord et ce n'est pas seulement une question de logement et de travail"
- Monsieur Cr " il faut prendre seul ses médicaments ..."

Monsieur H., anxieux, se lève brusquement et dit "c'est terminé".

- " oui, à la semaine prochaine".

La réunion a été brève, difficile, mais nous nous trouvons d'emblée au coeur du problème : dedans, dehors. Le monde extérieur fait peur, semé d'obstacles, le risque d'être livré à soi-même, sans contrôle ni appui. Ici plus qu'une explicitation verbale nous retrouvons par l'attitude de chacun un refus massif de reconsidérer la question. Proposer le thème de la sortie rendait la réunion aussi menaçante que pouvait l'être pour les participants le "dehors", le monde à l'extérieur de l'hôpital. "Dedans", même si les désagréments sont du même ordre que l'extérieur, on peut dire "on est tous malades". Etre malade, être à l'hôpital est une condition fondamentale.

Six mois après, alors que le groupe a pris plus de cohésion, chacun peut s'exprimer plus librement et exprimer quelle sécurité et quel apaisement sont demandés à l'hôpital. Monsieur Cr. n'est pas venu spontanément, on est allé le chercher.

- " pourquoi n'êtes-vous pas venu spontanément, Monsieur Cr.,
vous savez pourtant qu'il y a une réunion !
- Monsieur Cr. : " il y a du travail à l'ergo.
- " mais le travail ça passe après la réunion.
- Monsieur Cr. : " mais il y a beaucoup de travail en ce moment, on a reçu
tout un stock de corde."
- " vous travaillez avec Monsieur D., alors, pourquoi ne venez-
vous pas ensemble ? "
- Monsieur D. : " non je ne fais plus de corde, ça fait mal aux doigts, alors
je mets les fils dans les étiquettes"
- Monsieur H. : " oui, c'est pour une entreprise de pull-overs.
- Monsieur Cr. : " moi je trouve que les réunions ça sert à rien, on dit tou-
jours la même chose, alors il vaut mieux travailler. D'ail-
leurs je ne peux pas aller à l'hôpital de nuit parce que
je ne suis pas à la Sécurité, c'est Madame X.... qui me l'a
dit"
- " je crois que nous ne sommes pas pressés pour votre sortie.
Vous ne sortirez que lorsque votre problème de Sécurité So-
ciale sera réglé. Je crois qu'il faut vous assurer une sor-
tie dans de bonnes conditions.
- Monsieur Cr. : " j'ai envie de retourner à Clermont."
- " pourquoi ? "
- Monsieur Cr. : " il y a des jardins avec des fleurs et l'on peut s'y prome-
ner, et il y a des tas d'ergo ! "
- " mais ici vous pouvez vous promener plus librement qu'à
Clermont, et il y a des fleurs en bas dans le parc"
- Monsieur Cr. : " j'aimerais faire de la reliure et puis ce n'est pas joli
par ici, à Clermont c'est bien entretenu, ça me plairait
de faire du jardinage"
- " ici, vous pouvez aller à la reliure, on n'a qu'à demander
à X.... et, par ailleurs, je pense qu'ici vous êtes plus
libre qu'à Clermont".

- Monsieur Cr. : " A Clermont, il y a des pavillons fermés où j'étais avant et des pavillons ouverts, je pourrais aller là-bas"
- " ce n'est pas possible maintenant, et puis, vous n'allez pas sortir pour aller dans un autre hôpital. Ici n'êtes-vous pas libre ? "
- Monsieur Cr. : " oui, c'est comme cela depuis que les anciens chefs sont partis, parce que, au début, quand j'étais là, on avait le droit de sortir une fois par semaine dans le parc et plus tard, c'était une fois par semaine de onze heures à midi, si on n'était pas là, le chef vous eng.....
- " quel système préférez-vous ?"
- Monsieur H. " oh, le nôtre, maintenant on peut discuter avec les infirmiers et on sort comme on veut (avis unanime).
- " vous n'aviez pas envie de faire quelque chose de défendu à l'époque ? "
- Monsieur Cr. : " ah ! si, d'ailleurs je faisais le mur et maintenant plus.
- " vous aviez envie de partir de l'hôpital ? "
- Monsieur H. : " oui, je crois, maintenant on n'en n'a plus vraiment envie. Vous voyez, moi, je me promène à Sainte Geneviève tous les jours et je discute avec les chauffeurs : je n'ai pas envie d'aller à Paris"
- Monsieur P. : " Moi, je pense que dehors c'est toujours mieux qu'ici, je suis de votre avis, mais il faudrait pouvoir"
- " Avant, il y avait plus de bagarres ? "
- Monsieur Cr. : " Oh, si ! "
- Monsieur H. : " et puis il y a les médicaments qui nous guérissent"
- " ils ont, en effet, beaucoup changé l'ambiance"
- Monsieur H. : " Avec les médicaments tout est plus calme... on oublie qu'on est à l'hôpital pour se soigner.

Les possibilités de dialogue ont augmenté. La première fois l'angoisse de tous avait interrompu la réunion, ici la menace de la sortie amène à ex-

primer le désir de sécurité, le désir de s'établir dans cet intérieur où les "médicaments guérissent".

La fois suivante, Monsieur Cr. s'exprimera encore plus nettement :

- " Ca ne sert à rien de faire une réunion, on est trop peu nombreux (quelques minutes avant il venait de protester parce qu'il n'y avait pas eu de réunions depuis trois semaines) "
- " on peut parler ensemble, même quand on est quatre.
- Monsieur Cr. " Oui, c'est toujours pareil, on dit toujours la même chose et puis vous voulez nous faire sortir et puis moi, maintenant, j'ai compris, c'est trop tard, j'ai passé trop de temps en hôpital psychiatrique alors je me suis organisé et c'est là que je veux faire ma vie".

Quelles que soient les conditions offertes, c'est l'hôpital qui est préféré, car là peut être trouvée une sécurité absolue. Mais à quel prix ! Etant donné la fragilité des relations de chacun d'entre eux et les problèmes douloureux que celles-ci leur posent ils ont trouvé dans l'organisation de leur vie de chroniques une sorte d'absence fondamentale qui est le fond de la sécurité asilaire. Tout est prévisible, aucune initiative n'est à prendre, les personnes sont connues et l'on ne parle que pour demander ce qui est strictement nécessaire. "Ici on est libre, on sait comment tout est organisé, on connaît tout".

Le "dehors" lui apparaissait comme menaçant. On peut reconnaître que là-bas il n'y a pas plus de bagarres, de difficultés que "dedans", le médecin ou l'assistante sociale pourront apporter des solutions d'assistances infiniment plus souples que celles proposées à l'hôpital, il est pourtant impossible d'envisager la sortie. Le "dehors" est le lieu où ont été repoussées les difficultés. Il ne faut pas se prendre trop vite à l'évocation des difficultés matérielles qui sont mises en avant. Elles ne sont là que comme écran à

l'évocation de tout ce qui a été échec pour eux et qu'ils ont fui : échec de leur rapports avec leur famille, échec de leur insertion dans une société qui les a colloqués en placement d'office. "Nous on est des malades", voilà leur nouvelle identité, seule condition d'existence.

F.- LES SOIGNANTS

Cette enquête sur le vécu de la chronicité ne serait pas complète si l'attitude des soignants n'était pas mieux précisée. Nous en avons déjà noté certains éléments : au cours de l'introduction lorsque nous avons étudié l'attitude des infirmiers devant la réunion; dans le premier chapitre en parlant de la démission de l'institution. Mais certains éléments manquent pour une vue synthétique.

La relation de l'infirmier au malade chronique est tout à fait originale combinant une attitude d'abandon et de surprotection. D'un côté le dialogue est interrompu; rien de nouveau n'étant dit du malade par l'institution, la parole de l'infirmier sera toute entière contenue dans le cadre de la réputation du malade, de ce qui est dit définitivement de lui. Une sorte d'équilibre statique s'est réalisé et l'infirmier connaît, souvent avec une grande finesse les réactions d'un malade qu'il sait toujours devoir conserver, dans un état qui ne dérange personne. Il est très frappant de constater l'intolérance des infirmiers à la réémergence d'un processus délirant ou d'un état d'excitation chez un malade chronique, alors qu'à l'inverse le niveau de tolérance dans notre service à l'agitation ou au délire d'un malade aigu est extrêmement grande.

Toute relation thérapeutique est interrompue si l'on entend ce terme au sens du Docteur TOSQUELLES : " L'institution dont le moyen terme, le maniement transférentiel de l'évènement et de son expression, doit permettre l'analyse de ses réverbérations imaginaires ou symboliques au cours de l'hospitalisation pour que celle-ci soit vraiment thérapeutique".

On pourrait dire la même chose en adoptant une définition moins exigeante, mais qui connoterait la présence constante d'un dialogue capable de se renouveler entre les différents membres de l'équipe sur et avec le malade. Dans la situation d'abandon par l'institution, l'administration de médicaments, la recherche constante "d'éviter les problèmes", ne constitue qu'un simulacre de thérapeutique. Elle consiste alors tout au plus à une abrasion des symptômes.

Le malade chronique doit pour être supporté, être si peu gênant qu'il fasse, comme on a coutume de dire "partie des murs". Il est dès lors considéré comme un "bon malade". Les infirmiers vont alors lui confier toutes sortes de travaux, de confiance ou non, mais qui sont toujours les mêmes pour chacun. Ils protègent dès lors cette situation équilibrée, très sécurisante et qui met le malade à l'abri de toute thérapeutique active.

Parler de la complicité des infirmiers avec la chronicité est vraiment trop facile. Nous avons suffisamment insisté sur l'importance des différentes structures sociales qui mettaient le chronique en situation d'objet incapable de s'exprimer pour ne pas le percevoir. Disons plutôt que les infirmiers se trouvent devant la nécessité d'administrer une situation imposée où ils se trouvent eux-mêmes en porte à faux entre leur fonction de soignant qui, comme telle, les intègre dans l'institution rejetante et la nécessité d'être les gardiens de ceux qui sont là. Qu'ils y trouvent quelques avantages, cela est indéniable, mais l'important est avant tout leur solitude face à ce travail de gardiennage.

Parler de la relation du médecin au malade chronique est beaucoup simple ou beaucoup plus redoutable. Car il est ici médiateur essentiel de l'institution. A nous en tenir à la seule chronicité installée, il ne se trouve même pas en relation, il est exclu de la symbiose gardant le chronique. Quand le nouvel interne arrive dans un service le discours est toujours le même :

"Pour celui-là, il n'y a pas de problèmes, il a un traitement, des activités, il est calme". Nous trouvons là une réelle complicité infirmier/malade : il ne faut pas toucher au chronique car pour une large part ils sont un rouage essentiel du fonctionnement matériel du service et ni eux, ni les infirmiers, ne souhaitent y changer quelque chose. Aussi le médecin n'a rien à voir avec la chronicité sinon pour la mettre en question et par là même mettre en question l'institution dont il fait partie.

Une description du chronique peut maintenant être tentée d'une façon plus synthétique. Les symptômes que nous découvrons relèvent d'une perte progressive des capacités de contact avec le réel. Ses relations sociales décrivent les conditions dans lesquelles se réalisent cette perte :

- le chronique n'a aucun statut social réel, il "fait partie des murs". Quel que soit le moment repérable de la chronicisation par rapport aux instances sociales : famille, milieu, institution, le sujet a en quelque sorte capitulé devant une situation qui tend à le placer en situation d'objet manipulé.
- Un type de relation extrêmement rigide s'établit alors avec les infirmiers. On peut alors parler avec le Docteur BONNAFE de "convivence", chacun est assigné à une place immuable ou tout, y compris le dialogue est convenu.

Il en résulte une absence de relation au médecin qui est vécu comme l'instance thérapeutique donc théoriquement capable d'entamer cette convivance. On conçoit alors que ce qui nous est livré du vécu personnel du chronique soit caractérisé par un dépérissement des possibilités d'expression et d'adaptation.

- Les activités du chronique réalisent au maximum des "automatismes d'adaptation" ou la part du choix est extrêmement restreinte. Le chronique vit son travail comme le rendant indispensable. En fait ce travail ne fait que l'éloigner des lieux de parole et limite au maximum l'initiative personnelle.

- Les intérêts particuliers, singuliers de chacun, la recherche d'une expression originale se limitent progressivement.
- Les repères temporels cessent d'avoir une existence.
- De même, les repères spatiaux : il y a un dedans, où toutes les relations sont repérables et un dehors vécu globalement comme hostile et menaçant.
- Enfin, la parole en tant qu'elle médiatise une expérience subjective n'ayant plus sa raison d'être, on constate un appauvrissement du langage.

Ainsi, le chronique se trouve dans une situation de démission de ses responsabilités, de refuge dans le silence et l'activité automatique. Il ne se reconnaît plus et n'est plus reconnu en tant que personne, toute dynamique a disparu et l'on assiste à une détérioration progressive de ses capacités relationnelles.

"Nous, dit Monsieur H., on mange, on a un toit, et du travail; on n'est pas les plus malheureux, ce n'est pas comme ceux des bidonvilles". Et cette phrase revient sans cesse dans les réunions : "on a rien à dire, c'est toujours pareil".

Au terme de ce chapitre, un fait reste à souligner : l'absence de référence à un syndrome particulier, au diagnostic posé sur chaque malade. Ce parti pris méthodologique nous a semblé une nécessité pour aborder la question de la structure de la chronicité, pour dire en quoi un statut social, un mode de relation bien particulier était capable de produire des symptômes. Ainsi se délimite très précisément le concept que nous étudions : la chronicité comme l'ensemble des symptômes qui dépendent d'une situation de relégation.

CHAPITRE TROISIEME

97 99 01 03 05 07 09 11 13 15 17 19 21 23 25 27 29 31 33 35 37 39 41 43 45 47 49 51 53 55 57 59 61 63 65 67 69 71 73 75 77 79 81 83 85 87 89 91 93 95 97 99

L'EVOLUTION DES MALADES AU COURS DE LA REUNION

SIGNIFICATION DE CETTE EVOLUTION

Nous avons vu, en essayant d'évaluer les relations des différents soignants avec le chronique, que le médecin ne pouvait aborder la chronicité, au sens où nous l'avons désormais dégagé, sans en détruire l'équilibre. C'est à ce point que nous voudrions nous attacher maintenant en étudiant l'évolution, les modifications de comportement que nous avons pu observer chez les participants de la réunion.

A nous en tenir au comportement quotidien des malades nous n'avons guère observé de modification pendant longtemps. Progressivement, s'installa un mode de relation avec l'interne qui devenait comparable à celui des malades récemment hospitalisés, mais les résultats n'étaient guère plus spectaculaires. Il est intéressant de souligner que lorsque une modification se produisit ce fut quasi brutalement, ce que nos injonctions, nos discussions ne semblaient pouvoir obtenir surgissait tout à coup et prenait l'allure d'événements.

La demande et l'obtention de la conversion de placement de Messieurs Cr. et D. fut le premier résultat de la réunion; à partir de là, tous les participants du groupe étaient libres de sortir et se trouvaient dans une situation où une thérapeutique active pouvait être engagée.

Le premier, Monsieur D. demanda à partir en permission, quelques semaines après que la conversion de son placement en eût ménagé la possibilité. Nous étions réticents à le laisser partir seul car il n'avait aucun contact avec sa famille depuis son hospitalisation. Pourrait-il la retrouver alors qu'il ne savait ni lire ni écrire, et qu'il n'avait aucune nouvelle d'elle ? Devant son insistance nous lui avons donné une permission de 48 heures. A la réunion suivante il nous raconta, radieux, comment il avait pu retrouver ses cousins puis ses frères qui avaient changé d'adresse. Ils tenaient toujours un café et peut-être pourrait-il y travailler. On lui avait proposé de partir, d'ici quelques mois en Algérie. Il nous demanda de prendre contact avec son frère. Mais la rencontre avec celui-ci nous apporta peu.

Il s'avéra que le voyage en Algérie n'était qu'un vague projet, qu'il n'en était pas question dans l'immédiat. Plus tard, Monsieur D. partit sans permission un dimanche voir ses frères. Il est regrettable que ceux-ci n'aient pas voulu l'aider. Cela nous a empêchés de trouver une réponse satisfaisante à ce dynamisme retrouvé de Monsieur D. qui, soutenu de sa famille, aurait pu sortir.

Trois semaines après, Monsieur Cr. encouragé par les démarches de Monsieur D. nous demanda brusquement au cours de la réunion, si nous pouvions lui accorder une permission, "pour aller déjeuner dans un self-service où il pourrait choisir ce qu'il désirait manger". Nous n'avions pas encore osé lui proposer une permission : il était très anxieux devant tout ce qui était le dehors. Depuis Quatre ans, Monsieur Cr. n'était pas sorti si ce n'est en fugue ... pour retourner à Henri Collin où il se sentait davantage en sécurité ! Il nous raconta qu'il était finalement allé manger dans un petit restaurant parisien un beefsteack "bien dur". Il trouvait que la nourriture à l'hôpital était bien meilleur marché !

Quinze jours après, Monsieur Cr. partit à Paris sans demander de permission : à la fin de la journée, très anxieux et culpabilisé, il alla se réfugier à Henri Collin, en demandant d'y passer la nuit. Nous ne fîmes pas cas de cet incident. Peu de temps après, il demandait l'autorisation d'aller dîner chez des amis avec lesquels il avait repris contact par lettre. Il repartit encore une fois à Paris pour rencontrer l'assistante sociale d'un foyer d'hébergement et lui présenter son cas. Ces démarches lui firent sentir toutes les difficultés d'une réinsertion sociale, et, découragé, il dit à la réunion suivante : "moi, maintenant j'ai décidé de faire ma vie à Vaucluse, j'ai été trop longtemps à l'hôpital pour en ressortir".

Durant toute cette période, Monsieur Cr. fut en quelque sorte au centre de la réunion. Il parlait beaucoup, volontiers : c'est lui qui exprima le mieux sa vie de chronique, son angoisse de sortir, sa manière de concevoir

le "dehors". Lors de nos passages dans le pavillon en fin d'après-midi nous avons pu remarquer que Monsieur Cr. qui avait l'habitude de se coucher à 18 heures 30 regardait maintenant la télévision. Un soir, au cours d'une garde, nous traversions le dortoir vers 22 heures, Monsieur Cr. qui était étendu sur son lit, habillé, nous interpela : "voyez, je ne dors pas, vous voyez je ne me couche pas toujours comme les poules ! "

L'attitude de Monsieur H. fut fort différente. Longtemps il se montrait très anxieux lors des réunions, répétant qu'il n'était pas possible pour lui de sortir, parfois même d'une façon agressive. Au cours de la cinquième réunion, il réclama tout d'un coup sa sortie, très anxieux il expliqua qu'il irait chercher du travail dans une grande entreprise, parce que, disait-il, dans les grandes entreprises il y avait une sécurité qu'il n'existait pas dans les petites. Il était alors au bord d'une rechute délirante et les infirmiers l'empêchèrent pendant quelques semaines de venir à la réunion. Puis il revint, tenant un langage toujours asilaire, parlant peu mais se détendant progressivement.

Vers la fin de l'année, au moment où se tenaient de nouvelles réunions, il vint nous voir pour nous demander une permission : il voulait s'occuper de sa chambre, chose qu'il avait refusé de faire depuis cinq ans. Au retour des vacances, bien après les réunions que nous avions interrompues en raison de notre départ imminent du service, il vint nous voir pour nous expliquer qu'il avait repris contact avec son oncle, lui avait demandé de lui chercher un nouveau domicile. Il envisageait une sortie définitive au printemps prochain parce que c'était le meilleur pour trouver du travail. Il voulait qu'on lui adapte son traitement pour qu'il soit compatible avec une vie hors de l'hôpital. Il fallait le faire immédiatement pour qu'il s'y adapte.

Quelques jours après, il nous montra la lettre d'une de ses soeurs qu'il gardait depuis deux ans. Elle l'y encourageait à venir rejoindre sa famille dans la région de Bordeaux. Il nous expliqua que, pendant longtemps, il n'a-

vait pas voulu nous mettre au courant, mais maintenant il désirait que nous nous mettions en rapport avec cette soeur car il souhaitait aller retrouver sa famille le jour où il se sentirait capable de sortir.

En ce qui concerne Messieurs P. et G. le bilan est moins positif. Ni l'un ni l'autre n'ont manifesté à un moment ou à un autre le désir de sortir de la routine quotidienne. Est-ce parce qu'ils étaient les malades les plus rejetés ? En tout cas ils conservèrent tout au long des échanges et des réunions une attitude résignée et dépressive, et nous n'avons pu observer aucune modification de leur comportement quotidien.

Au terme de ce travail, on peut constater que pour trois des participants du groupe, leur statut asilaire est nettement mis en cause, pour les trois autres presque rien ne s'est passé sinon une reprise de contact avec l'interne.

Il semblerait, à priori, que la chronicité n'a pas chez les premiers complètement détérioré des possibilités dynamiques qu'un travail patient pouvait remettre à jour. Chez les autres, par contre, la situation serait trop compromise.

En fait, la situation est beaucoup plus complexe. Chez Monsieur G. nous n'avons apparemment que peu de modifications. Il a cependant manifesté à plusieurs reprises sa satisfaction de la réunion. Le fait qu'on s'occupe de lui a une grande importance mais, plus qu'un autre, Monsieur B. excepté, il a accepté sa condition asilaire et trop d'éléments ont empêché que la discussion sur la sortie puisse être mobilisatrice et adéquate à la prise en charge qui était nécessaire pour lui.

Il semble que la situation de Monsieur G. rende en fait difficilement observable une modification : cela d'autant plus que lors de la réunion il était perdu dans la masse et que notre observation d'un changement d'attitude ne pouvait qu'avoir un caractère grossier. Est-ce pourtant un échec ?

Nous ne le croyons pas, sans vouloir pour autant faire une pétition de principe : tout dialogue instauré entraînerait une amélioration. Nous pensons, en nous appuyant sur les dires même de Monsieur G. et sur notre expérience en particulier en ce qui concerne les vieillards chez qui le maintien de stimulation intellectuelle et affective à l'intérieur de l'institution (que la chronicité tend à abolir) empêche cette détérioration de la personnalité qui vise à établir une vie en quelque sorte à minima.

Chez Monsieur P., si ce n'est le jour où il est brusquement sorti de son indifférence pour raconter son histoire, nous ne pouvons mettre en évidence d'évolution. Quasi rien n'a été modifié dans son attitude quotidienne. Il est resté chronique, enfoncé dans son monde asilaire. Il ne s'agit pourtant pas d'une différence dans la maladie, ni un rejet beaucoup plus massif que les autres.

Messieurs H. et Cr. étaient en effet dans une situation tout aussi difficile et tout aussi désespérée. A quoi donc attribuer leur évolution ? Il faut d'abord remarquer que les changements décisifs se sont produits brutalement, à un moment différent pour chacun. On connaît les problèmes posés par la temporalité en ce qui concerne les psychotiques : il n'est pas possible de juger de la durée d'une évolution avec nos références habituelles. Or notre travail ayant eu une durée limitée il semble que ce qui s'est passé pour Monsieur Cr. ou Monsieur H. aurait pu survenir à un autre moment que pour Monsieur P. sans que nous puissions en préjuger.

En fait, parler d'évolution est une impropriété de langage. Au point de départ nous avons affaire à un phénomène massif d'abandon, de prise au piège des structures tendant à devenir de plus en plus rigide. Et cette progression dans l'organisation aliénante résultait d'une sorte de concordance entre le rejet du malade par l'institution et sa demande propre. P.C. RACAMIER souligne : " les conditions d'hospitalisations habituelles vont dans le sens même où va la psychose ". Nous étions partis dans l'idée de provoquer une

évolution, nous avons en fait déclenché un brusque changement qu'il a fallu ensuite aménager. Que s'était-il passé ?

Une autre citation de P.C. RADAMIER nous permettra de mieux le comprendre : "l'état de nombre de malades résulte d'un compromis entre leur personne et leur milieu : ce compromis s'établit sur la base d'un certain statut social, d'une réputation donnée; si ces ajustements socio-dynamiques sont bouleversés, c'est en même temps l'état clinique des malades qui change. Mais de tels compromis ont une fonction économique dont l'importance se mesure à l'inertie qu'ils opposent à toute modification d'équilibre".

Nous avons pu largement explorer cette situation de compromis qu'était la chronicité. On en comprend maintenant la raison profonde : les explications des malades sur leur statut était l'expression d'une résistance au changement qui était proposé par notre présence. Comment la résistance a pu être vaincue par certains, nous ne pouvons le cerner rigoureusement. Il aurait fallu suivre chacun dans une relation individuelle, ce qui était impossible étant donné nos conditions d'exercice. Nous trouvons là une limite théorique à notre travail dans la mesure où nous avons voulu une analyse la plus proche possible des documents. La référence aux travaux du Docteur RADAMIER inciterait à réfléchir sur le phénomène d'hospitalisme psychiatrique, mais les observations qu'il rapporte de déchéance gravissime du schizophrène ne trouvent pas leur équivalent dans les cas dont nous nous sommes préoccupés. Il semble que l'expression de l'abandon soit limitée aux différentes pertes de références que nous avons noté dans le deuxième chapitre et que le dynamisme propre des soins infirmiers y soit pour une large part.

Les réunions successives ont donc pu modifier le statut de plusieurs malades, chez d'autres du fait de leur interruption, ou de l'inadéquation des sujets proposés n'a pas permis de vaincre la résistance au changement inhérente à la condition asilaire. Quelle est donc la situation nouvelle, où se trouvent ceux qui ont pu vaincre cette résistance ?

Elle peut s'exprimer ainsi : le dialogue a permis de restaurer pour ces "déchronicisés" un statut de "malade". Ce mot semble étrange, mais nous voulons l'employer au sens où il connote un rapport à la prise en charge thérapeutique de l'institution. Dès lors, ces malades se sont trouvés à égalité pour nous et pour l'institution avec des malades entrés depuis peu. Nous avons franchi l'écran de la chronicité asilaire pour retrouver la personnalité et la maladie de chacun. Nous les verrons bien en exposant la situation actuelle de Messieurs H. et Cr.

Les circonstances ont fait que nous avons gardé des fonctions dans ce service un peu plus longtemps que prévu. Nous aurions pu reprendre les réunions, mais cela n'a pas été souhaitable car une coupure brusque et imprévisible aurait été nuisible. Nous avons continué à suivre chacun en les voyant assez régulièrement, mais sans privilégier cette relation par rapport aux autres malades.

Monsieur H. désire sortir et partir dans sa famille. Mais c'est dans la région de Bordeaux, dans un village assez éloigné de tout centre de soins. Est-ce que la reprise de contact avec sa famille ne va pas poser des problèmes difficiles ? Certainement, et cette sortie que nous souhaitions au point de départ nous paraît peu en rapport avec la situation créée par la maladie.

Monsieur Cr. est dans une situation encore plus complexe. Depuis les premières permissions, il n'a cessé de se réaffirmer en tant que personne. Alors qu'il fuyait à Henri Collin, il a progressivement pu sortir régulièrement de l'hôpital pour aller se promener dans le village voisin. Aucune réaction impulsive n'a été signalée. Il désire sortir pour reprendre du travail. Envisager une sortie est extrêmement problématique étant donné l'absence de structure de prise en charge à l'extérieur qui, étant donné sa situation, puisse ménager une reprise de contact progressive avec le monde du travail.

Arrivé sur ce point nous pouvons nous interroger non plus sur la chronicité, mais sur la signification de la prise en charge de malades mentaux graves.

Pourquoi redonner à des malades leurs possibilités d'expression si l'absence de prise en charge à l'extérieur limite aussi massivement leur réadaptation ? Nous avons vu dans le premier chapitre l'importance du rejet de la société. La doctrine du secteur vise à y pallier, mais le peu de diversification des institutions extra-hospitalières ne permet pas de trouver une situation adaptée à chaque cas.

S'agit-il en définitive d'un problème d'institution ? Nous avons parlé de sortie, mais est-ce la solution adéquate une fois qu'on a franchi l'étape d'un certain déconditionnement ? Il semble qu'ici le désir de sortie soit en corrélation immédiate au désir que nous avons exprimé en accord avec les infirmiers au début de la réunion. Passer de la situation de chronique asilaire au retour à la vie normale semble une gageure. Ce serait mépriser le problème de la chronicité, de la maladie mentale elle-même, telle que l'envisage le Docteur BONNAFE dans son rapport sur la chronicité. Que peut-on faire dans ce sens ? Il ne faut pas voir dans une organisation institutionnelle même très souple la solution à tous les problèmes. Que faut-il choisir, une sortie réussie sans qu'une prise en charge thérapeutique plus fondamentale soit envisagée, ou une hospitalisation où serait mise en oeuvre ces moyens qui tendraient à reconsidérer la structure du malade, même si l'hospitalisation devait être longue ?

C'est sur une telle question que nous terminerons, quitte à l'envisager dans un autre travail.

000

Au terme de ce travail que dire de la chronicité à l'hôpital psychiatrique comme phénomène original étant donné l'évolution récente des institutions ?

Tirer les conclusions de l'exposé d'un travail clinique présente de grandes difficultés d'autant plus qu'il porte sur une expérience limitée dans le temps et un groupe restreint de malades. Mais nous trouvons là l'occasion de mieux préciser à la fois les acquisitions théoriques que nous y avons faites, notre point de vue méthodologique et les limites de nos affirmations.

L'étude des conditions dans lesquelles nous avons entrepris notre travail nous a en quelque sorte fourni la position méthodologique dans laquelle nous avons ensuite poursuivi notre analyse. La réflexion que nous avons faite avec les infirmiers et qui nous conduisait à réunir ces malades portait sur les chroniques sans que soit pris en considération la maladie de chacun. Il s'agissait d'aborder un phénomène massif que le travail institutionnel fait jusqu'alors n'avait pu entamer. C'est pourquoi le choix des malades n'a pas porté sur une catégorie nosographique précise.

Au fond, nous ne faisons que reprendre l'interrogation des infirmiers : pourquoi les chroniques ? En la formulant avec plus de précision : que dire de la chronicité à l'hôpital psychiatrique comme phénomène original, lorsque la maladie de chacun n'est pas considérée en tant que telle. En fait l'interrogation était légitime dans la mesure où la maladie de chacun avait disparu sous les symptômes de la chronicité.

En prenant les dossiers comme témoins de la carrière des malades dont nous nous étions occupés, trois moments critiques nous paraissaient en corrélation directe avec l'entrée dans la chronicité :

1^o) le rejet de la famille était présent dans tous les cas, mais n'intervenait

guère dans l'acceptation du statut de chronique. Le conflit familial ou conjugal est souvent depuis longtemps enkysté lorsque le malade devient chronique,

- 2°) le rejet du milieu social semble un facteur plus immédiat. Il retentit sur la prise en charge par l'institution. Le mode de placement du malade quand il s'agit d'un placement d'office concrétise et aggrave le rejet, mais les structures de prise en charge de secteur permettent en partie de supprimer les conséquences de celui-ci. Cependant ce rejet peut être d'une importance telle que le malade recherche d'emblée la situation re-tranchée que réalise la chronicité et que cette position soit immédiatement entérinée par l'institution. Il semble alors que les soignants doivent être impliqués eux-même dans ce rejet par la société,
- 3°) le rejet de l'institution est un phénomène extrêmement complexe dans ses rapports avec les deux premiers. Ne fait-il que les entériner ? En fait, l'institution ne prend le malade en charge que dans la mesure où une chance de retour à la vie autonome, même si elle est profondément désocialisée, reste possible. Sauf cas de phénomène massif en ce qui concerne le milieu familial et social et qui installe d'emblée le malade dans cette situation d'exclu qui ne demande rien à l'institution, le phénomène de rejet est progressif. Le signe d'intolérance qui le concrétise le mieux consiste en des sorties brutales qui ne correspondent à aucun projet thérapeutique et qui invoquent le prétexte irréal de renvoyer le sujet à un milieu social qui n'existe pas. A l'occasion d'un échec plus massif qui se traduit par un placement d'office ou un changement de Service, l'institution abandonne la prise en charge et la chronicité s'installe. On est dès lors dans une situation stable où le malade est classé selon une réputation bien déterminée qui, de toute façon, connote le constat d'échec.

Quelle est donc la situation de chronique, sa condition humaine ? L'analyse des compte-rendus des réunions nous a montré qu'elle est avant tout une situation stable où les repères sociaux habituels tendent à disparaître. On souligne l'expression du Docteur TOSQUELLES "automatismes d'adaptation" : la vie du chronique tend à s'inscrire dans un automatisme complet où les relations

affectives et intellectuelles sont sollicitées à minima, de façon à réaliser une survie plus qu'une vie.

Le statut social du chronique est inexistant : il est en situation d'objet manipulé. Ses relations avec l'infirmier sont selon l'expression du Docteur BONNAFE des "relations de convivence" : la situation de chronicité est acceptée passivement de part et d'autre; les infirmiers se trouvent en situation de gardiens; les malades tendent à se conformer à une image de bon malade, c'est-à-dire tranquille, sinon utile. Le médecin est exclu de cette relation.

Quant au vécu personnel du chronique, il est caractérisé par un dépérissement de ses possibilités d'expression et d'adaptation. L'analyse du contenu des réunions nous permet de souligner comme symptômes principaux :

- une chute des intérêts personnels
- une perte des repères temporels objectifs et subjectifs
- une perte des repères spatiaux
- un appauvrissement du langage.

On est tenté de faire un rapprochement avec les symptômes de la démence sénile. En fait ces symptômes ne recouvrent pas les mêmes significations, car plus qu'une perte de capacité, il s'agit d'un appauvrissement corrélatif à une situation marginale. La comparaison indique cependant que si, du point de vue du statut social la chronicité tend à une situation d'équilibre à minima, elle réalise du point de vue du sujet une détérioration progressive dans la mesure où il est nié comme tel.

L'étude de l'évolution des malades au cours de cette année nous convie à une évaluation de la signification thérapeutique de notre travail. On note d'abord :

- 1°) que la mobilisation de chaque malade est conditionnée par l'éviction d'une résistance fondamentale qui est liée aux avantages de l'enkystement dans la situation asilaire,

2^o) qu'il n'y a pas de relation décelable entre des faits objectifs ou telle expression consciente et la disparition de cette résistance.

3^o) la levée de cette résistance semble le résultat le plus positif de notre travail. Il en résulte alors que :

a) la situation sociale du chronique est détruite. Un nouveau mode de relation sociale est rétabli qui est de l'ordre de celui que l'on peut observer chez le malade entré récemment. Les relations humaines sont restaurées et renouvelées.

b) Le désir de sortie exprimé par les malades dans les suites de la réunion semble en étroite dépendance avec l'image qu'ils pouvaient se faire du désir que nous avons formulé au début de nos entretiens.

c) Dès lors se pose le problème d'une prise en charge adaptée qui mette en question la structure même du sujet dans le but de la restaurer. Nous ne pouvons ici formuler de position théorique en particulier sur l'opportunité ou non d'une thérapeutique corrélative à la sortie ou devant se faire à l'hôpital.

O U V R A G E S

C O N S U L T E S

[illegible]

- BATTEGAY La psychothérapie de groupe en clinique psychiatrique in P.B. SCHNEIDER pratique de la psychothérapie de groupe I PUF 65, II PUF 68.
- P. BOUR Eléments catalyseurs dans la psychothérapie de groupe. Annales Médico-psychologiques 1964 2.
- CHAKOIT P et A.M. Les attitudes du personnel soignant des hôpitaux à l'encontre du malade mental. Santé Mentale, 1968 n° 3 p. II - I8.
- DAUMEZON G. Essai de sémiologie de l'observation en groupe. Evolution psychiatrique 1964 p. 533 - 557
- DAUMEZON G. Action individuelle de la psychothérapie collective. Evolution psychiatrique 1952 n° 3 p. 475 - 506
- EICKE D. Therapeutische gruppen Arbeit mit Schizophrenen. Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie 1967 Vol. I7 n° 3.
- GENEVARD G. Différences et analogie entre les groupes psychothérapiques et les groupes de discussion in P.B. SCHNEIDER op. Cit.
- GERVAIS et Col. La résistance passive chez le personnel au cours de la réorganisation d'un hôpital. L'information Psychiatrique 67 - 4 - p. 487-96.
- ILLING Expérience faites à partir d'un travail de groupe dirigé par des non-médecins dans le but de resocialiser des malades aïeulaires chroniques - Acta Psychothér. Bale 6I p. 9I
- LE GUILLANT Introduction à une psychopathologie sociale. Evolution Psychiatrique 1954 p. I - 52.
- LE GUILLANT, BONNAFE, MIGNOT Problèmes posés par la chronicité sur le plan des institutions psychiatriques. Rapport d'assistance Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. LXII^e Session - Marseille, Septembre 1964.
- LUZES CABBABE L'hospitalisation psychiatrique vue à travers la psychothérapie pavillonnaire. Hygiène Mentale 62 LI AN 6 p. 273.
- MARSH Cody Group therapy and the psychiatric clinic the journal of mental and nervous disease 1935, 2.

- 64
- MICHAUD G. A propos du contexte institutionnel dans les difficultés de la mise en place des activités psychothérapiques. Revue de la psychiatrie institutionnelle p. 57 - 64.
- RACAMIER PC. Introduction à une sociopathologie des schizophrènes hospitalisés. Evolution psychiatrique 1957 p. 47.
- RACAMIER PC. Psychothérapie psychanalytiques des psychoses in : la psychanalyse aujourd'hui "NACHT PUF 1956 t. II".
- RACAMIER PC. Relation psychothérapique et relation médicamenteuse dans l'institution psychiatrique. In LAMBERT P.A. : actualités de thérapeutique psychiatrique Tome I 1965 - Paris-Masson.
- CARRETIER L.
- SYMPOSIUM SUR LA PSYCHOTHERAPIE COLLECTIVE : BONNEVAL 1952.
Evolution psychiatrique 1952.
- TALBOT et Col. Forme antithérapeutic side effects of hospitalization and psychotherapy psychiatry 1964 - 27 - p. 170 - 176
- TOSQUELLES F. Pédagogie et psychothérapie institutionnelle. Revue de psychothérapie institutionnelle 1965 n° 2 et 3.
- TOSQUELLES F. Introduction au problème du transfert ou psychothérapie. Revue de la psychothérapie institutionnelle 1965 n° I p. 9 - 19.
- TOSQUELLES F. Que faut-il entendre par psychothérapie institutionnelle ? Information psychiatrique vol. 45 n° 4 p. 377 - 384
- VANDERPOL et coll. Observations of the affect of environment on schizophrenic behaviour in the psychiatric hospital. Psychiatry 1960 - 29 - p. 412 - 421.

